

Domaine santé & social
Centre de Sion - Agasse

Filière de formation des infirmières et infirmiers

Mémoire de fin d'études

INFIRMIÈRE EN ONCOLOGIE : UN HUIS-CLOS DERRIÈRE LA PORTE

Réalisé par
Sous la Direction de

Maret Vanessa
Murielle Pott

Sion, Juillet 2007

Remerciements

Je souhaiterais remercier chaleureusement toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont soutenue, supportée et aidée durant ces 4 années de formation ainsi que pendant la réalisation de mon mémoire. Particulièrement :

- A ma directrice de mémoire, Murielle Pott, qui a su me guider dans mes démarches, qui a pu apporter des réponses à mes nombreuses questions durant ces longs mois de travail.
- A mon professeur de méthodologie, Emmanuel Solioz, qui a su petit à petit m'ouvrir le chemin tumultueux de la méthodologie du mémoire de fin d'études.
- A mon amie Rosette Ampola, qui a eu la gentillesse de relire mon travail et d'y apporter ses corrections.
- A ma famille qui a eu confiance en moi depuis le début de ma formation et qui m'a soutenue durant les moments difficiles.
- A ma fille, Ivana, qui a su comprendre du haut de ses cinq ans que maman avait parfois, même souvent, besoin de temps pour travailler son mémoire et ainsi assurer un avenir professionnel. Elle avait trouvé une explication toute rationnelle à cela : c'était pour avoir plus de sous et acheter plus de bonbons.
- Aux infirmières du service d'oncologie ambulatoire qui m'ont consacré un peu de leur précieux temps. Ce sont des professionnelles dévouées et très sympathiques.

Table des matières

CHAPITRE 1 : Contexte	4
1.1. Introduction.....	4
1.2. Choix du sujet	5
1.2.1. Motivations personnelles	6
1.2.2. Motivations professionnelles	7
1.2.3. Motivations socio-politiques	9
 CHAPITRE 2 : Problématique.....	 11
2.1. Etre malade du cancer	11
2.1.1. Historique du cancer.....	11
2.1.2. Historique de la chimiothérapie	13
2.1.3. La chimiothérapie aujourd'hui	15
2.2. Soutenir un personne atteinte d'un cancer	17
2.2.1. Point de vue psycho-oncologique	17
2.2.2. Point de vue Rogerien.....	19
2.2.3. Qu'est ce que la relation d'aide, point de vue infirmier	21
2.3. L'infirmière en oncologie	23
2.3.1. Point de vue de l'ASSO	23
2.3.2. Les enjeux de la chimiothérapie	26
2.3.3. Mon point de vue.....	27
 CHAPITRE 3 : Méthodologie	 28
3.1. Objectifs	29
3.2. Question de recherche	29
3.3. Les hypothèses.....	30
3.4 Construire ma recherche.....	30
3.5. L'outils de recueil de données.....	32
3.6. L'échantillon de population	32
3.7. Le terrain.....	33
 CHAPITRE 4 : L'analyse	 35
4.1. Déroulement des entretiens.....	35
4.2. Entretien no 1	36
4.3. Entretien no 2.....	39
4.5. Entretien no 3.....	41
4.6. Entretien no 4.....	44
4.7. Synthèse interprétative des entretiens.....	45
4.8. Résultats des objectifs.....	49

CHAPITRE 5 : Conclusion	52
5.1. Réflexion professionnelle finale	52
5.2. Bilan personnel	54
5.3. Bilan méthodologique	55
5.4. Bilan professionnel.....	55
 Bibliographie	 57
Article, revue	57
Monographie	57
Sites internet	59
 Annexes	 60
A. Questionnaire qualité de vie de l'EORTC	
B. Profil de l'infirmière en oncologie	
C. Grille d'entretien semi-directif	
D. Grille d'analyse des entretiens 1 et 2	
E. Grille d'analyse des entretiens 3 et 4	

CHAPITRE 1 : Contexte

1.1. Introduction

Lors de l'entretien motivationnel et sélectif réalisé dans le but de mon admission à la Haute Ecole Valaisanne domaine Santé-Social, filière soins infirmiers à Sion, mon interlocutrice m'avait demandé ce que signifiait pour moi être « infirmière¹ ». A ce moment-là je ne connaissais pas très bien son rôle, pourtant j'avais la conviction intime que ce métier était fait pour moi, mais il me restait à confirmer si, moi, j'étais faite pour ce métier ! Ma réponse fut alors : « *Une infirmière porte un visage doux et empathique. Elle sait donner un sens à l'espoir et à la guérison. Une infirmière aide les patients et leur famille à franchir ce dur cap de l'hospitalisation ou de la maladie, tout ceci par des actes et des paroles réconfortantes. Elle effectue aussi des gestes techniques mais son travail est principalement axé sur le soutien moral.* » C'est ainsi que je concevais la profession d'infirmière.

A cet instant, j'étais donc persuadée que mon futur métier serait principalement construit sur une aide psychologique aux patients. Je m'imaginais être dans une chambre avec un client, en train de lui prodiguer des soins. Pendant mes gestes je conversais avec lui, il m'exprimait ses ressentis, ses peurs, ses angoisses et ses désirs. Moi, infirmière diplômée et formée à la relation d'aide, je pris le temps et m'assis à ses côtés pendant plusieurs minutes, ainsi en quelques mots de réconfort, je sus lui redonner le sourire et l'espoir voulu.

Quant fut venue l'heure de mon premier stage en milieu hospitalier, celui-ci s'effectua dans un service de médecine, je me suis retrouvée face à cette « relation d'aide ». Très vite j'ai été confrontée à la réalité du terrain. Je me suis rendue compte que mon idée première du métier, ne pouvait pas systématiquement se reproduire dans la réalité et le quotidien des soins. Ceci car souvent les infirmières ont un temps qui leur est impartit pour réaliser les soins et

¹ Durant le texte, j'utiliserai le terme au féminin par souci de simplification. Cependant, le travail s'accord également au masculin.

les toilettes du matin², mais aussi car les infirmières ne sont pas toujours mentalement disposées à le faire, pour cause de leurs soucis ou de tout autre élément perturbateur.

Depuis lors, j'ai avancé dans ma formation et dans ma réflexion. Je suis toujours convaincue que l'infirmière a un rôle primordial dans le maintien de la santé psychologique des patients. De surcroît, selon Michel Nadot³, elle est la professionnelle qui se caractérise par sa proximité et sa permanence auprès d'eux, en d'autres termes l'infirmière est proche du patient et tout le temps à ses côtés. Virginia Henderson elle disait que « *Dans la plupart des pays, l'on peut dire que l'infirmière est la seule à offrir un service de 24 heures par jour à ceux qui en ont besoin. Pour cette seule raison, elle est la mieux placée pour aider le malade à conserver le désir de vivre, à s'adapter aux inconvénients de son état ou à mourir avec dignité quand la mort est inévitable.* »⁴.

Cependant, face à toute la littérature et les théories à disposition sur la relation d'aide en soins infirmiers, je peine encore aujourd'hui à l'intégrer littéralement dans la pratique. C'est pourquoi, j'aimerais comprendre comment fonctionnent concrètement mes collègues diplômées. Qu'est ce qui se passe quand la porte de la chambre se referme derrière une infirmière?

1.2. Choix du sujet

Durant toute ma formation à la HEVs2 de Sion, j'ai eu l'occasion de parcourir nombre de thèmes et sujets qui auraient pu faire état de mon mémoire de fin d'études. Cependant mon choix s'est porté sur le cancer et le soutien psychologique infirmier. En effet, mon souhait serait de pouvoir travailler dans un service d'oncologie à l'issue de ma formation. Ainsi naturellement je me suis

² DUSSAULT, Gilles. *Cadre pour l'analyse de la main-d'oeuvre sanitaire*. [En ligne]. Disponible sur <http://www.ti.ch/dss/dsp/SezS/temi/UDEASS/2007/doc/Dussault/Ruptures%202000.pdf> (page consultée le 11.07.07)

³ NADOT, Michel. *De la modélisation de l'activité soignante à la médiologie de la santé*. [En ligne]. Disponible sur http://www.heds-fr.ch/fr/recherche/doc/congres/congres_heds_12avr05_atelier3-mna.pdf (page consultée le 28.03.2007)

⁴ HENDERSON, Virginia. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. 1977. Conseil International des Infirmières : Genève. Page 6

retrouvée face à ce sujet. Pas par hasard bien sûr, ci-après je relate mes motivations tant personnelles que professionnelles ou politiques.

1.2.1. Motivations personnelles

Tout d'abord, le cancer est depuis toujours pour moi intrigant, ceci pour plusieurs raisons. Je trouve, en plus de l'horreur de cette maladie, que la nature de cette pathologie dépasse toutes les limites. Comme l'explique Maurice Tubiana⁵, cette maladie a la capacité de manipuler notre organisme à son aise, de s'introduire dans notre corps et de bouleverser l'ordre rigoureux régnant dans notre système humain qui contient un nombre astronomique de cellules réparties en deux cents types différents. Notre organisme se compose de plus de soixante mille milliards de cellules, dont deux cents milliards meurent chaque jour. Ainsi, notre corps possède des mécanismes de régulation qui veillent à ce que chacune d'entre elle soit remplacée par une nouvelle et que celle-ci adopte la même fonction et position. Pourtant la cellule tumorale peut indéfiniment proliférer et envahir notre corps à sa guise. Mon but ici n'est aucunement de faire l'éloge du cancer, mais de me rendre compte que c'est une pathologie qui a une histoire très particulière qui provoque des représentations majeures dans la société occidentale. Saillant disait que *« Les représentations de la maladie et les conditions objectives dans lesquelles vivent les patients font de l'expérience du cancer un moment éprouvant tant pour les victimes que pour les proches (...). L'expérience de la maladie est une expérience largement déterminée par le contexte socioculturel dans lequel évoluent les patients, contexte constitué d'une matrice de croyances, de normes, de traditions et de discours que transporte avec lui l'individu. Ainsi, l'interprétation que se fera un individu de sa propre condition influencera son attitude vis-à-vis de lui-même, de son entourage et des traitements. »*

Ensuite, j'ai été dans ma vie privée confrontée à cette maladie. Mon grand-père qui était âgé de 65 ans fut condamné par cette affection qui présente des symptômes difficiles à vivre et requiert des traitements encore plus difficiles à supporter. Son

⁵ TUBIANA, Maurice. *Le cancer. Hier, aujourd'hui, demain*. 1995. Editions Odile Jacob : Paris. p. 81

cancer pulmonaire fut diagnostiqué à la suite d'une fracture au bras (conséquence de métastases osseuses). Son état de santé se détériora très vite de l'annonce de sa maladie jusqu'à son décès, environ deux mois. Encore sous le choc de l'annonce du diagnostic, nous nous sentions impuissants. Dans la douleur de cette épreuve que traversait mon grand-père ainsi que toute ma famille, je ne pouvais rien faire malgré mon bagage théorique sur la relation d'aide. J'étais impuissante face à son désarroi. Je le voyais jour après jour perdre espoir. C'était pour moi une épreuve que de me rendre compte que j'étais incapable d'aider un proche, alors que cela faisait trois ans que mes professeurs m'inculquaient des savoirs sur le soutien psychologique. Toutefois, aujourd'hui j'ai compris qu'il y avait une différence entre soigner un proche et proposer une prestation de soins à un patient. A cette époque ma vision stricte du rôle engagé de l'infirmière m'empêchait de faire cette distinction.

D'autre part, pendant mes stages dans les différents services, j'ai souvent été amenée à m'occuper de patients atteints de cancer. Soit ils venaient pour des investigations sur une suspicion de cancer, soit ils venaient pour des douleurs, mais souvent pour finalement diagnostiquer un cancer. Ce qui m'intéresse particulièrement dans la prise en charge de ces patients, se situe au niveau émotionnel, au sens du soutien psychologique.

1.2.2. Motivations professionnelles

Le soutien psychologique : celui prodigué par les infirmières. Voilà ce qui m'intéresse. Particulièrement celui apporté aux patients atteints de cancer. Dans mon futur métier, la santé psychique d'un patient revêt pour moi autant d'importance que son état physique, faisant bien évidemment exception lors d'une situation d'urgence vitale. Je souhaiterais dans l'exercice de ma profession pouvoir donner à mes malades une dimension toute particulière aux soins que je leur apporterai, et ainsi leur donner les moyens de traverser les situations de crises auxquelles ils seront confrontés.

Dans ce sens, à l'école comme à l'hôpital, j'ai souvent entendu parler de la qualité

de vie ; améliorer la qualité de vie de ce patient, prendre en considération sa qualité de vie, etc... ce qui se lie au soutien psychologique. Je ne m'étendrai pas sur cet aspect, car c'est un sujet qui possède énormément de littérature et qui est déjà bien défini. Toutefois, pour rappel « *Le concept de qualité de vie dépasse la quantité et la durée. Il intègre confort physique, bien être psychologique et niveau de performances. Il est indissociable d'une évaluation élargie au contexte et au fonctionnement social.* »⁶. Il existe des échelles pour mesurer la qualité de vie d'un patient atteint d'un cancer sous traitement, par exemple une des plus utilisée est celle de l'EORTC (European Organisation for Research Treatment of Cancer). Ainsi, la version la plus récente, soit EORTC QLQ-C30 (version 3)⁷ permet aux soignants, mais aussi aux patients de se rendre compte de leur qualité de vie, dans les dimensions bio-psycho-sociale, en rapport à leur traitement. Que se soit pour l'accomplissement des tâches quotidiennes, pour les désagréments physiques dus aux effets secondaires, mais aussi en rapport à leur équilibre psychologique.

Tout au long de mes stages, j'ai remarqué que la capacité des malades à garder leur équilibre psychologique dépendait non seulement de leurs ressources personnelles (famille, profession, etc...) mais de façon tout aussi significative dépendait du contexte dans lequel ils évoluent pendant un traitement ou durant les soins apportés. Par exemple lors de la réfection d'un pansement, la communication verbale entre le soignant et le soigné, permet d'instaurer dès lors un climat de confiance, simplement par le fait de s'intéresser à la vie du patient, à ses attentes découlant de son hospitalisation. A mon sens, le patient et d'ailleurs l'être humain en général se sent mieux lorsque le soignant reconnaît et prend en considération ses représentations, ses affects, ses perceptions, dans sa maladie et surtout dans sa souffrance.

Dans nombre de cas, j'ai souvent entendu parler de ce fameux « soutien psychologique », terme polysémique que les professionnels peinent à définir. Lorsque l'occasion se présentait, j'essayais de savoir ce que cela signifiait

⁶ GUEx, Patrice. *Psychologie et cancer : manuel de psycho-oncologie*. 1989. Editions Payot : Lausanne. p. 37

⁷ Annexe A : questionnaire qualité de vie de l'EORTC

vraiment pour mes collègues diplômées. Souvent, je me suis retrouvée en face de cette réponse « *C'est ce que tu apprends dans les livres, sauf que là c'est de la pratique !* » Au fil de mes questionnements, j'ai remarqué que toutes les infirmières étaient aptes à fournir une relation d'aide par l'écoute active, par des enseignements qui facilitent le quotidien (par exemple : conseils en cas de nausées dues aux chimiothérapies), mais que finalement aucune ne pouvait me donner une définition appropriée et concrète de ce qu'était le soutien psychologique fait par les infirmières.

Peut-être parce que le terme n'était pas approprié ou qu'il ne figurait pas dans les prestations remboursées par les caisses maladie ?

1.2.3. Motivations socio-politiques

Depuis quelques dizaines d'années, la santé psychologique des patients est de plus en plus prise en considération par le corps soignant. Ce qui m'évoque que notre génération commence à appliquer le dicton « Un esprit sain pour un corps sain » Dans le cadre de la maladie cancéreuse, plusieurs cadres co-existent. En survolant Internet, il est possible de trouver toutes sortes d'associations et organismes qui aident et suivent, gratuitement ou contre frais, les personnes atteintes de cancers, comme l'Association Ensemble contre la douleur, La Ligue Suisse contre le cancer, les séminaires sur la méthode du Dr Simonton, etc..

La formation des infirmières nommée HES, possède un référentiel de 9 compétences. Après les avoir relues, j'en ressors deux qui me semblent être liées à la relation d'aide.

- Compétence 2 : construire avec la clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins.
- Compétence 3 : promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de santé.

Je pense que si le soutien psychologique infirmier est bien fait, il pourrait contribuer à diminuer les coûts relatifs à ce genre de prestations. Pourquoi ne pas

imaginer cela ? Il ne s'agit pas là de vouloir créer un soin particulier puisqu'en somme il existe déjà, mais certainement que si l'infirmière est capable de dispenser un soutien psychologique qui réponde aux attentes du patient, pendant les traitements de chimiothérapies, il est probable pour une bonne partie des cas que les patients aient moins recours par la suite aux psychothérapies.

Actuellement, comme connu de tous le problème se situe lorsqu'il faut payer et indemniser les psychothérapeutes. Depuis le 1^{er} janvier 2007, le Département fédéral de l'intérieur (DFI), présidé par le Conseiller fédéral Monsieur Pascal Couchepin, a opté pour certaines modifications restrictives concernant les traitements psychothérapeutiques. Le but de ces changements est de vérifier l'efficiencia et l'économicité de l'efficacité des thérapies. La durée de validité de la nouvelle réglementation est provisoirement limitée à quatre ans, soit jusqu'à la fin de 2010. Elle sera soumise à évaluation pendant cette période.

Dans ce sens, la revue l'Hebdo publia un article sur un projet réalisé dans le canton de Bern. Son but était de constituer un hôpital qui comporterait moins de médecins et plus d'infirmières qui bénéficieraient davantage de temps pour les malades. L'optique visée était de démontrer une réelle diminution des coûts de la santé lorsque les patients qui sortaient des soins aigus étaient placés dans une unité de soins transitoires, ce qui a été prouvé. Ce service avait pour but de favoriser l'autonomie du patient. « *Les choses les plus simples permettent parfois d'éviter un nouveau séjour à l'hôpital.* »⁸. Ainsi pourquoi ne pas imaginer de calquer cette expérience en regard du soutien psychologique infirmier ?

⁸ WYSER, C. EMERY, Y. *Moins de médecins et davantage d'infirmières, c'est mieux et moins cher.* L'Hebdo no 47. 23.11.2006. page 42

CHAPITRE 2 : Problématique

2.1. Etre malade du cancer

Afin d'avoir une vision globale de l'oncologie, je trouve utile de prendre connaissance de l'historique du cancer. En effet, le traitement de cette maladie ayant beaucoup évolué durant ces deux derniers siècles il me paraît primordial de connaître son évolution tant au niveau médical que social, car les représentations ont changé au fil de l'évolution des techniques médicales et des recherches qui s'y rapportent. Il en va de même pour la chimiothérapie.

La littérature m'a offert un large panel de professionnels qui traitent du soutien psychologique dans leurs ouvrages. Cependant mon choix c'est axé principalement sur les points de vue du Docteur Patrice Guex, ainsi que sur Carl R. Rogers. J'ai trouvé dans leur livre un aperçu qui me correspondait particulièrement. C'est-à-dire une façon à la fois concrète et théorique de pratiquer le soutien psychologique avec les patients, brièvement des points de références abordables. J'ai sélectionné spécialement le Dr Guex car c'est un psycho-oncologue suisse et Rogers car les cours dispensés dans mon école sont souvent basés sur ses théories.

Aussi, je ne pouvais faire état de mon mémoire de fin d'études sans parler de la principale intéressée : l'infirmière en oncologie. Ci-dessous, je reprendrais un profil déjà édité par l'Association des soins oncologiques. Nous verrons ainsi de quelle manière elle doit protocolairement prendre en charge un patient, en considérant tout ce qui l'entoure.

2.1.1. Historique du cancer

Le cancer a toujours fait souffrir les hommes. Ci-dessous je relate « Cancer » du mot grec *cancros*, qui signifie crabe, fut décrit par Hippocrate au V^{ème} siècle avant Jésus Christ sous le nom de "carcinome" ou de "squihrrre" que le latin traduira en cancer. Il se définit comme une tumeur dure, non inflammatoire, avec tendance à

la récurrence et à la généralisation, amenant une issue fatale.

Les examens effectués sur quelques momies égyptiennes datant de 2563 à 2433 avant J.-C. ont rapportés que déjà à cette époque cette maladie existait. Les chercheurs leurs avaient identifié des ostéosarcomes⁹. Le cancer est donc étudié depuis la plus haute Antiquité. Son histoire scientifique, sa connaissance, son diagnostic ainsi que sa thérapeutique sont déterminés au niveau médical. Cependant le cancer n'a pas d'histoire au sens social du terme. Peut-être parce que les causes de mortalité étaient à l'époque très nombreuses et que l'espérance de vie était réduite. Le cancer était donc une affection parmi d'autres, devant laquelle les médecins étaient contraints de constater leur impuissance. Ce ne fut que vers les années 1950 que le cancer devint un sujet de préoccupation de tout le corps social. On peut comparer le cancer à ce que fut la lèpre au XV^{ème} siècle, la folie au XVI^{ème} siècle, la tuberculose et la syphilis au XIX^{ème} siècle. La terreur que ce mal provoquait l'éleva alors au rang de mythe, de fléau. On n'a jamais pu et on ne peut toujours pas le regarder en face. Le cancer fait peur. Mais pourquoi cette indéfinissable source d'angoisse ?

La médecine ancestrale tenta de trouver les causes principales du cancer. Durant près de 15 siècles d'idées que cette maladie prenait source dans la bile noire, qui constituait le sang, n'évolua que très peu. Ils considéraient donc que le cancer était une maladie généralisée, mais que les manifestations étaient locales. Le traitement était donc réduit à un régime alimentaire, à l'administration de médicaments ou à des saignées, selon la logique. Les interventions chirurgicales n'étaient que très peu pratiquées car les chirurgiens y étaient septiques. L'image et la vision du cancer commencèrent à changer au XVII^{ème} siècle seulement. Le Docteur Nicolaes Tulp (1599-1674) décrit des régions anatomiques de quelques cancers. Le médecin et philosophe allemand Daniel Sennert (1572-1637) donna lui au cancer une notion de contagion. Cette idée s'installa pendant plus de deux siècles. Elle provoqua au sein de la population une peur et un rejet des cancéreux. C'est alors qu'en 1740 le chanoine Godinot créa un « hôpital des cancéreux » à Reims, celui-ci était consacré à recueillir les cancéreux pour les soulager de leurs

⁹ TUBIANA, Maurice. *Le cancer, hier, aujourd'hui, demain*. 1995. Editions Odile Jacob : Paris. page 55

misères physiques et morales.

Au XVIII^{ème} siècle, grâce à l'évolution de la médecine, des recherches, des savoirs et des pratiques l'idée que le cancer est une maladie locale se structure petit à petit. On commence à distinguer que le cancer peut déboucher de plusieurs raisons. Notamment on distingue trois axes sur lesquels les recherches s'orientent, soit :

- Que le cancer peut avoir une origine professionnelle. L'utilisation de certains produits ou l'inhalation d'autres peut provoquer un cancer.
- Que le cancer est une lésion tissulaire, donc que les différentes localisations d'un cancer font partie de la même maladie.
- Que les métastases sont à l'origine de la dissémination de la tumeur d'origine.

Lorsque le microscope vit le jour, il permit à la recherche sur le cancer d'évoluer de manière considérable. Les données devinrent de plus en plus précises, elles permirent de construire la théorie cellulaire. En effet, ainsi après avoir identifier le cancer en tant que maladie de l'organisme, puis du tissu, il appartenait alors aux cellules et à leur noyau. A partir de ce moment là, il fût décréter que le cancer était une maladie locale et non plus généralisée. Donc seule la chirurgie pouvait être efficace, ainsi il y eut plusieurs innovations chirurgicales.

Depuis 1912 à nos jours, nous centrons les recherches sur les noyaux cellulaires. Le processus tumoral est perçu. Ainsi, la possibilité de pouvoir maîtriser le cancer grâce aux dépistages précoces s'aborde. Dès lors, on commence à se pencher sur les causes et prédispositions liées aux cancers, ainsi que sur l'aspect psychologique.

2.1.2. Historique de la chimiothérapie

La chimiothérapie est encore de nos jours un mot qui fait peur. Un mot synonyme de grave maladie : le cancer. Elle est associée à un traitement lourd, long et pénible. Une des représentations les plus fréquente est celle de l'alopécie, ceci car

c'est un des aspect visible de la maladie et de son traitement. Lorsqu'une personne perd les cheveux, la population l'associe immédiatement à une personne atteinte d'un cancer. Mais d'où vient donc ce traitement ?

Le nom de chimiothérapie fût donné en 1909 par Paul Ehrlich, biologiste allemand (1854-1915), pour désigner les agents anti-infectieux. Quelques années après avoir été nommé professeur, Paul Ehrlich vint à Francfort et reprit l'«Institut prussien pour la thérapie expérimentale». C'est ainsi qu'il débuta ses expériences avec l'arsenic. La grande période de Ehrlich commença alors. Elle atteignit, par la préparation 606, son premier point culminant avec le «Salvarsan», grâce auquel de nombreuses épidémies ont pu être enrayerées. C'est ainsi que fut découverte la «chimiothérapie», qui par des substances chimiques, tue des bactéries et d'autres vecteurs de maladies dans l'homme, sans nuire à celui-ci.

Un des plus grands hommes de Francfort est assurément le savant Paul Ehrlich, médecin et prix Nobel. Par sa préparation «salvarsan», il réussit à endiguer l'épidémie séculaire de la syphilis. Il a montré à des générations de chercheurs des voies nouvelles pour combattre les maladies. Il a développé la sérothérapie et apporté bien des éléments précieux à l'immunologie et à la recherche sur le cancer. Mais avant tout, il a fait de Francfort le lieu de naissance de la chimiothérapie.

Le gaz moutarde ou les moutardes azotées, aussi nommé la trichloroéthyle amine, ont été utilisées lors de la première guerre mondiale. C'était un des premiers médicaments anticancéreux.

Les années 1950 furent celles des pionniers de la chimiothérapie aux Etats-Unis. Les années 1960 celles de la cinétique cellulaire et tumorale. Les années 1970 sont les années fastes de la chimiothérapie. Les années 1980 correspondent à la publication des résultats des premiers grands essais.¹⁰

Mais quand est-il de la chimiothérapie d'aujourd'hui ?

¹⁰ *Historique et effets de la chimiothérapie* [En ligne]. Disponible sur <http://www.baclesse.fr/cours/fondamentale/c15-chimiotherapie/chimio-0.htm> (page consultée le 10.06.2006)

2.1.3. La chimiothérapie aujourd'hui

Avec l'avancée de la recherche, la chimiothérapie fait partie d'une des méthodes les plus utilisées pour le traitement des cancers. Les produits sont de mieux en mieux tolérés par les malades, parce que les produits sont mieux dosés, la durée des cures a diminué et surtout les médicaments qui empêchent ou diminuent les effets secondaires sont plus efficaces.

Dans le milieu médical, on parle de cytostatiques (médicaments utilisés pour la chimiothérapie). Selon le dictionnaire des termes de médecine, cytostatique veut dire qui arrête la multiplication des cellules¹¹. Très précisément, cette médication a un rôle distinct. *« Leur tâche consiste à déranger ou à troubler les différentes étapes concertées de la division cellulaire. Cette manoeuvre de déstabilisation est très efficace, car les cellules cancéreuses se divisent rapidement et elles sont particulièrement vulnérables pendant la division. Si la chimiothérapie est efficace, la division des cellules cancéreuses est dérangée et l'accumulation de nouvelles cellules est interrompue. Avec le temps, les cellules cancéreuses meurent, la tumeur diminue de taille, jusqu'à disparition complète dans le meilleur des cas »*¹².

La chimiothérapie fait donc partie des traitements du cancer. Elle peut être utilisée seule ou en combinaison avec d'autres moyens tels que la chirurgie, la radiothérapie et l'immunothérapie. Le traitement peut être d'ordre néo-adjuvant, adjuvant, curatif ou encore palliatif. Actuellement la chimiothérapie est de plus en plus utilisée, ceci pour deux raisons essentielles :

- l'apport de nouveaux médicaments a une efficacité accrue pour des indications précises
- une meilleure connaissance de la vie d'une cellule (des différentes phases de son cycle, de sa cinétique), du mode d'action des produits chimiothérapiques permet de poser des indications plus précises,

¹¹ GARNIER DELAMARE. *Dictionnaire des termes de médecine*. 27^{ème} édition – 2^{ème} tirage. 2002. Editions Maloine : Paris. p. 205

¹² *La chimiothérapie - mode d'action et mode d'application*. [En ligne]. Disponible sur http://www.mepha.ch/ch/de/news/chemotherapie/mainColumnParagraphs/00/document2/Chemotherapie_fr.pdf (page consultée le 06.02.07)

d'augmenter son efficacité en diminuant sa toxicité.

Toutefois, la toxicité reste élevée pour les cellules normales car l'action de destruction n'est pas spécifique, ne se concentre pas uniquement sur les cellules cancéreuses¹³. Ce qui donne lieu à plusieurs effets secondaires. Les cellules les plus touchées sont celles de la moelle osseuse qui produit les globules sanguins, ce qui provoque une chute du taux de leur production qui est partiellement responsable de la fatigue, de l'appareil digestif ce qui fait apparaître des nausées et vomissements, ainsi que celles des poils et des cheveux qui se manifestent par l'alopécie.

La liste n'est ici pas exhaustive. Elle est encore longue et comporte des désagréments avec un niveau de gravité variable selon le mode d'action et les propriétés du médicament utilisé, tous n'ont pas le même effet, mais aussi en fonction des particularités de la personne qui les reçoit. Certains patients les supportent mieux que d'autres. Les effets secondaires les plus courants sont :

- nausées et vomissements
- diarrhées et constipation
- alopecie
- fatigue intense même sans effort

On peut dire que ces effets nuisent au quotidien d'une personne sous traitement. Certains d'entre eux peuvent être minimisés par une médication ou une hygiène de vie adaptée pendant les semaines qui suivent l'administration de la chimiothérapie. C'est une partie du rôle de l'équipe soignante : diminuer autant que possible les effets secondaires et optimiser au mieux le déroulement de la chimiothérapie.

Toutes ces perturbations physiques ont forcément une incidence sur la santé psychologique du patient. Elles induisent une souffrance psychologique qui peut être perçue de façon plus ou moins prononcée en fonction de la personne.

¹³ SANTE SERVICE. CANDOTTI, Anne-Marie. GOLDBERG, James. Santé Service. [sous la dir.] *Guide de chimiothérapie ambulatoire*. 198. Editions Lamarre : Paris. p. 67

2.2. Soutenir une personne atteinte d'un cancer

Les paragraphes ci-dessous se composent de différents points de vue sur le soutien psychologique.

2.2.1. Point de vue psycho-oncologique

Le Docteur Patrice Guex, spécialiste en médecine interne et psychiatrie, édite en 1989 un livre intitulé « Psychologie et cancer. Manuel de psycho-oncologie »¹⁴.

Dans cet ouvrage, destiné principalement au personnel soignant qui accompagne des cancéreux, on retrouve l'aspect psychologique du cancer. J'ai choisi de le reprendre comme cadre de référence à mon travail, car il décrit de manière claire les différentes étapes par lesquelles passe un patient nouvellement diagnostiqué. Il les regroupe dans un chapitre sous le titre de « *bouleversement de la vie* ». Il identifie plusieurs notions, soit :

- *le délai* : période de temps qui sépare la suspicion du cancer chez une personne et la prise de rendez-vous chez un médecin. Patrice Guex dit que *l'hypothèse la plus généralement admise pour cette attente est qu'elle permet de mettre en place des mécanismes de défense et d'adaptation*. C'est une période d'acceptation de l'idée que le quotidien va changer.
- *les craintes fondamentales* : il parle ici de différentes craintes soit de l'aliénation, de la mutilation, de la confrontation subite à sa propre vulnérabilité ainsi que de la perte de contrôle. Celles-ci interviennent le plus souvent à l'annonce du diagnostic car toute la vie du patient s'en trouve perturbée. Le côté affectif, familial, sexuel, professionnel mais aussi socio-économique.
- *l'adaptation à la maladie* : il dit qu'il s'agit là de garder le meilleur équilibre possible, de préserver des relations claires avec l'entourage et se préparer à affronter un futur incertain. C'est en d'autres termes,

¹⁴ GUEX, Patrice. *Psychologie et cancer : manuel de psycho-oncologie*. 1989. Editions Payot : Lausanne. p. 23

toujours selon Guex, « *faire face à la maladie elle-même, à tous les problèmes qu'elle engendre (perturbations psychosociales, douleurs, asthénie, etc.), s'adapter aux traitements (contraintes, effets désagréables) et développer des relations utiles avec l'équipe de soins. Ainsi qu'assumer sa vie modifiée par la maladie.* ».

- *les mécanismes de défense, une adaptation inconsciente à la maladie* : il donne ici une description des différents mécanismes, soit le déni, l'évitement ou la suppression, la projection, la dénégation différenciée ou l'ignorance sélective, ainsi que les rationalisations.
- *la mauvaise adaptation* : il décrit dans cette partie quelques signes évocateurs qui pourraient faire songer à un syndrome d'inadaptation.
- *les stades de l'adaptation à la maladie* : cette partie se réfère aux stades identifiés par Elisabeth Kübler-Ross, il s'agit des 5 étapes (choc, déni, colère, marchandage, dépression) émanant de l'annonce du diagnostic jusqu'à l'inacceptable, la mort.
- *le cycle vital et la maladie cancéreuse* : c'est une comparaison des réactions des patients à l'annonce de leur cancer en fonction de leur âge.

Il est donc important pour moi de pouvoir être à même d'identifier toutes ces différentes étapes chez un patient. Elles permettront à l'infirmière de mieux cerner la phase dans laquelle se trouve le malade pour élaborer une prise en charge infirmière adéquate.

Malgré une prise en charge pluridisciplinaire chez les patients atteints de cancer, l'infirmière se trouve être le point de référence pour les patients. Le médecin, lui, occupe une place à part dans la thérapeutique. Il est l'autorité suprême pour le patient. Le malade ne voudra pas embêter le corps médical avec ses soucis. Il confiera plus facilement ses craintes, ses doutes, sa révolte ou son énervement vis-à-vis de sa maladie, de son angoisse à l'infirmière qui lui prodiguera des soins. L'infirmière de par son contact rapproché avec le patient est plus facilement

exposée pour être le récepteur de ce qui ne va pas. Mais parfois, comme les médecins, les infirmières peuvent vouloir éviter cette relation. Il est souvent difficile pour elles de savoir comment garder une distance suffisante pour penser et fonctionner tout en étant suffisamment proche pour établir une relation satisfaisante pour le soignant et le soigné.

Par conséquent, je suis certaine qu'il est plus aisé d'entrer dans une relation aidante, si l'on possède des repères auxquels se fixer comme ceux proposés par le Dr Guex. Ils permettent à l'infirmière, même si elle n'est pas dans un « bon jour », de pouvoir identifier un bouleversement de vie chez un patient, sans avoir forcément besoin de trop s'impliquer. Par-là, je ne veux pas dire que cela correspondrait à du travail bâclé, mais que même si l'infirmière éprouve des difficultés à entrer en relation, elle peut quand même comprendre les besoins de son patient, et surtout l'aider, lui, le patient à nommer ses propres besoins et à en prendre conscience. C'est là un début d'approche centrée sur la personne.

2.2.2. Point de vue Rogerien

L'approche centrée sur la personne émane du psychologue et psychothérapeute Carl R. Rogers (1902-1987). Il fonda une théorie holistique et humaniste qui trouva succès auprès de nombreux domaines tels que l'enseignement, les soins infirmiers, ou encore l'action politique et sociale. Ceci tant aux Etats-Unis, en France, en Suisse ou encore dans de nombreux pays. Son raisonnement s'étend sur une conception de base constatée au fil de ses années d'expérience de psychothérapeute. Rogers disait : « *Comprendre à fond les pensées et les sentiments d'un autre, ce qu'ils veulent dire pour lui, et être compris à fond en retour par cet autre – c'est l'une des expériences humaines les plus gratifiantes, et elle n'est que trop rare.* »¹⁵. Cette phrase évoque pour moi une des bases essentielle et nécessaire pour prodiguer une relation d'aide. En effet, si l'on ne comprend pas son interlocuteur et que l'on n'est à son tour mal compris, comment communiquer sans ambiguïté ?

¹⁵ ROGERS, Carl. *Le développement de la personne*. Traduction par E .L. Herbert. 2005. Dunod-interEditions : Paris. p 210

Pour Rogers le rôle d'un soignant est d'aider le malade à chercher et à découvrir ses ressources intérieures sans l'induire. Le patient doit être capable de faire des choix sensés, de se rendre responsable de ses faits et gestes. Il ne faut donc pas imposer, même en douceur, des solutions extérieures, des stratégies, des interprétations ou des explications, mais laisser la personne trouver la solution par elle-même. Ce qui évite bien souvent d'interpréter et ainsi d'aboutir à un jugement non ou mal fondé. Rogers estimait que les clients savaient de quoi ils avaient besoin et quels étaient les meilleurs moyens d'acquérir les connaissances nécessaires pour arriver à une thérapeutique efficace. En d'autres termes, le malade sait et connaît ses attentes. Aussi selon lui la voie la plus sûre pour comprendre le comportement de quelqu'un est d'arriver à savoir comment cette personne se perçoit elle-même et perçoit le monde qui l'entoure.

Rogers définit les éléments ou conditions de base requis pour qu'un climat psychologique soit favorable et permette au patient de tirer profit d'une thérapie, soit :

- **Congruence** : soit l'authenticité, elle implique que le soignant soit ce qu'il est, sans masque et sans la moindre tentative de se cacher derrière un rôle professionnel.
- **Acceptation** : elle suppose de la part du thérapeute une sollicitude vierge de tout jugement de valeur sur les pensées, les sentiments ou les comportements du patient.
- **Empathie** : C'est une des conditions de base qui permet au thérapeute de comprendre aussi complètement que possible le monde subjectif de son patient, comprendre comment le patient se voit lui-même et perçoit son monde. Carl Rogers a écrit sur l'empathie : *« l'empathie suppose que vous soyez sensible, à tout moment, au flot changeant des significations chez l'autre personne, à sa peur, à sa colère, à sa confusion ou à quoi que ce soit qu'elle est en train d'éprouver. Cela implique que vous entriez pour un moment dans la vie de l'autre, que vous vous y déplaciez délicatement, sans porter de jugements de valeur, que vous perceviez les significations*

dont l'autre est à peine conscient mais sans tenter de dévoiler les sentiments dont la personne n'a pas encore vraiment conscience, car ce serait trop menaçant. Cela implique aussi que vous communiquiez ce que vous percevez de ce monde, vous qui voyez d'un œil nouveau et sans crainte des choses dont l'individu a peur. Cela implique encore que vous vérifiez avec votre client la justesse de ce que vous percevez et vous vous laissiez guider par les réponses. Vous êtes le confident qui accompagne la personne dans son monde intérieur. »¹⁶

A ses conditions de bases, Rogers ajoutait qu'il était essentiel au thérapeute d'adopter des attitudes envers le client. En effet, il estimait que les conditions de base se résumaient plus en théorie mais que dans la réalité elles étaient élevées au rang de principe. Selon lui, la théorie peut être apprise par un thérapeute comme une espèce de réaction automatique face au client. Pour que la relation devienne thérapeutique il faut alors y ajouter des attitudes d'aide comme l'écoute et la compréhension. Rogers fut aussi le premier à appeler un malade « client » et non plus « patient ». Ceci car ainsi il marquait à l'égard de la personne en détresse un réel respect et acceptait de partager le pouvoir avec elle.

A mon sens, je retrouve dans la littérature de et sur Carl Rogers une formidable approche basée sur les intérêts des patients, ce qui revêt pour moi une grande importance dans mon idéal de la profession d'infirmière. En effet, la relation d'aide étant faite pour une personne en crise, il me paraît essentiel que celle-ci se construise autour, pour et avec elle. En parlant de relation d'aide, que signifie-t-elle pour les soins infirmiers ?

2.2.3. Qu'est ce que la relation d'aide, point de vue infirmier

Il convient tout d'abord de définir les deux termes clés du sujet. Selon le dictionnaire, relation est expliquée comme « *le fait de communiquer, de se fréquenter* ». Aider se traduit par plusieurs mots ou synonymes, comme « *assister,*

¹⁶ THORNE, Brian. *Comprendre Carl Rogers*. 1994. Editions Privat : Toulouse. pp 151

épauler, patronner, protéger, seconder, secourir, soulager, soutenir »¹⁷. On peut donc résumer que l'infirmière communique avec son patient pour l'assister et l'épauler dans une situation de crise. Pourtant, la relation d'aide ne peut se fonder uniquement sur une fonction ou compétence attribuée à la formation de l'infirmière.

Rosette Poletti a dit que « *L'infirmière doit tout d'abord connaître son rôle, être au clair quant à la nature de ses interventions pour pouvoir améliorer ses compétences.* » et aussi que « *L'acte infirmier ne se pose que dans la relation à une autre personne. Soigner, c'est toujours entrer en relation avec une personne ou un groupe. Soigner, c'est offrir à d'autres des possibilités de développer son potentiel et de choisir ce qui est la meilleure action ou solution pour lui, à ce moment-là, dans le contexte où il se trouve.* »¹⁸. La capacité de l'infirmière à pouvoir exercer son rôle repose en grande partie sur ces compétences.

Marie-Françoise Collière a déterminé le champ de compétence de l'infirmière en mentionnant dans son ouvrage qu'il « se situe comme une prolongation, un relais de ce que des usagers des soins ne peuvent pas temporairement assurer eux-mêmes, ou voir assurer par leur entourage »¹⁹.

Patricia Benner éclaire que « *La compétence se nourrit de savoir-faire (connaissance pratique), et non pas de savoir (connaissance théorique), même si ce savoir est un préalable, puisqu'il constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience.* »²⁰ Cette expérience amène l'infirmière HES à acquérir, à l'issue de sa formation, le niveau d'expert. Dans son ouvrage Mme Benner dit que l'infirmière experte fonde sa pratique sur son intuition. Ainsi « *L'experte, qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles.* »²¹ Ce degré correspond au passage de la théorie à la pratique avec toutes les adaptations nécessaires à une vision

¹⁷ ROBERT, Paul. *Le petit Robert 1. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. 1985. Les Dictionnaires Robert-Canada : Montréal. p 40 et p 1651

¹⁸ POLETTI, Rosette. *La formation des infirmières à l'accompagnement du malade cancéreux*. 1984. Psychologie Médicale. p. 2207 à 2209

¹⁹ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. 1982. InterEditions : Paris. P 295

²⁰ BENNER, Patricia. *De novice à expert – Excellence en Soins Infirmiers*. 2005. Editions Masson : Paris.

²¹ Ibid. 20, page 32.

holistique. Les infirmières expertes naissent après de longues années d'expérience, mais pas seulement. Il est aussi nécessaire, outre le temps, que celles-ci aient été confrontées à des situations complexes dans leur pratique.

Le sens du rôle de l'infirmière dans la relation d'aide prend donc forme avec l'association de ses bases théoriques, de son expérience professionnelle et personnelle, de son habileté et de ses attitudes envers les patients. Pour être plus claire, *Jacques Chalifour, professeur titulaire à l'Ecole des sciences infirmières de l'Université Laval et lui-même infirmier qui s'intéresse à la relation d'aide dans plusieurs contextes a écrit dans un de ses livres, en parlant de l'infirmière dans son rôle d'aidante que le patient tirera un bénéfice d'une relation si « (...) l'infirmière, dans le cadre d'une relation d'aide, conjugue son savoir, son savoir-faire et son savoir-être à celui du client, dans une relation empreinte d'acceptation, de compréhension, d'accueil et d'amour. »*²²

2.3. L'infirmière en oncologie

Les infirmières diplômées ont la possibilité de suivre différents cours post-grade. Celles voulant exercer dans le domaine de l'oncologie doivent suivre une formation spécifique. Plusieurs écoles en dispensent au travers de la Suisse. Parmi le large panel disponible, j'ai retenu celle dispensée par l'Association Suisse des infirmiers et infirmières car c'est l'association dont j'ai le plus entendu parler. Ci-dessous je commente le profil édité ainsi que les points en relation au soutien psychologique.

2.3.1. Point de vue de l'ASSO

La thématique des soins oncologiques préoccupe le personnel soignant depuis 1976 déjà. En effet, ils s'étaient alors réunis afin de trouver une solution pour les problèmes de traitement des patients qui souffrent d'un cancer. C'est pour cela qu'eut lieu en 1998 la création de l'Association des soins en oncologie (ASSO/ASI)

²² CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique – humaniste*. 1989. Editions Lamarre : Paris. p 26

qui compte plus de 550 membres à nos jours. L'ASSO a notamment été fondée dans le but de promouvoir et développer les soins en oncologie, d'élaborer et accréditer des cours de formation continue dans le domaine des soins en oncologie, pour la mise au point de matériel didactique, ainsi que pour la campagne anti-douleur de la Ligue suisse contre le cancer.

L'obtention du diplôme d'infirmière en oncologie peut se faire auprès de l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI). Il fait partie de la formation d'infirmière clinicienne. A cet effet, en date du 26 avril 1996, le Groupe suisse d'intérêt à l'oncologie (SBK) ainsi que le comité central de l'SBK ont approuvé un descriptif de la profession de l'infirmière en oncologie. Le profil complet se trouve en annexe²³. Dans cette partie destinée à la principale intéressée de mon sujet, je vais vous faire état de la complexité de son travail.

Tout d'abord, je me suis arrêtée sur la définition de l'ASSO (voir annexe2) qui dit que « *les infirmiers(ères) en oncologie sont au bénéfice de connaissances et d'un savoir-faire fondamentaux et spécifiques ainsi que d'une grande expérience professionnelle leur permettant d'offrir à des patients atteints de cancer, de même qu'à leur entourage, des soins différenciés, des conseils, un accompagnement et des instructions adéquates* ». Ils parlent ici d'une vue généralisée de la discipline. Ce sont donc des infirmières devenues des spécialistes qui ont suivi avec succès les cours de formation et de perfectionnement qui sont à même de pouvoir se doter du titre d'infirmière en oncologie.

Le profil de l'ASSO édicte 5 fonctions ainsi que des qualifications relatives aux traitements de la maladie, mais aussi de la santé. Toutes sont importantes et significatives, mais j'en ai retenu une qui est directement en lien avec mon sujet. C'est la fonction numéro 2, soit :

Fonction 2: Accompagnement en situation de crise et en phase terminale

²³ Annexe B: profil de l'infirmière en oncologie

Les patients atteints d'un cancer souffrent d'un mal chronique qui entraîne des crises existentielles pouvant même aboutir à des situations aiguës de mise en danger de la vie.

Grâce à une communication ouverte et un comportement compétent, l'infirmier(ère) en oncologie:

- atténue les problèmes pouvant apparaître, s'exprimer, être compris et traités en relations avec l'incertitude quant à l'évolution (évent. chronique) de la maladie et de la stigmatisation sociale.
- veille à ce que les situations de crise soient prises au sérieux et que les patients et leur entourage soient soutenus dans leur peine à surmonter les différents effets de la maladie.
- montre de la compréhension et apporte son soutien aux patients lors de changement de son comportement et de sa situation.
- aide les patients et leurs proches à trouver un sens à leur vie et à la vie après.
- veille à ce que les droits du patient soient respectés jusqu'à sa mort.
- aide les patients et leurs proches à affronter la mort et à s'y préparer individuellement.
- veille à ce que les patients se sentent entourés et sécurisés.

Je retrouve là des indicateurs qui peuvent servir de fil conducteur pour guider l'infirmière dans l'accomplissement de cette fonction. Néanmoins, il ne faut pas oublier de parler des enjeux d'un traitement de chimiothérapie. Je parle là de la responsabilité de l'infirmière qui administre un cytostatique.

2.3.2. Les enjeux de la chimiothérapie²⁴

L'infirmière doit garantir le maximum de sécurité pour le patient. Ce qui incombe une concentration accrue lors de la préparation et de l'administration des produits. Lors d'un traitement de chimiothérapie, l'infirmière doit être garante de son bon déroulement. Pour cela, elle doit passer par plusieurs vérifications avant, pendant et après l'avoir administrer au patient.

Tout d'abord, elle prendra garde de contrôler le cytostatique utilisé, le dosage ordonné par le médecin en fonction de la surface corporelle du patient, la durée du traitement et les médicaments à prescrire avant la chimiothérapie. Elle devra même demander une deuxième relecture par une de ses collègues. Son rôle est aussi de transmettre les résultats de la prise de sang effectué par le laboratoire à l'oncologue, afin d'écarter toute contre-indications au traitement.

Ensuite elle doit poser une voie veineuse par laquelle coulera le produit. Elle doit en garantir son emplacement et sa fonctionnalité, car le risque d'extravasation pourrait être catastrophique pour le patient. Tout au long de l'administration du cytostatique, elle procèdera à des vérifications en procédant à des retours veineux. Les patients qui sont munis de porth-à-cath sont soumis aux mêmes conditions strictes.

Pendant le déroulement du traitement et surtout dans les cinq premières minutes, l'infirmière doit détecter les survenus d'effets secondaires, notamment celui d'une réaction allergique au produit qui pourrait nécessiter une réanimation dans les cas graves. Elle doit également effectuer des surveillances sur tous les systèmes du patient, tels que les surveillances digestives comme les nausées et les vomissements, les surveillances d'ordre neurologique comme la douleur et les paresthésies, les surveillances de la peau et des muqueuses comme les pétéchies et les mucites, les surveillances hémodynamiques comme la pulsation cardiaque

²⁴ SANTE SERVICE. CANDOTTI, Anne-Marie. GOLDBERG, James. [sous la dir.] *Guide de chimiothérapie ambulatoire*. 1989. Editions Lamarre : Paris. p. 17 - 28

et la tension artérielle, ainsi que les surveillances du point d'injection comme l'imperméabilité de la veine utilisée.

Ce ne sont là que les aspects techniques d'un traitement de chimiothérapie. Il faut aussi penser à l'angoisse du patient pendant toute cette préparation ainsi que pendant l'administration du produit. L'infirmière doit pouvoir jongler avec les deux aspects qui sont la technique et le soutien psychologique.

2.3.3. Mon point de vue

Pour moi l'infirmière en oncologie est une personne qui possède une grande confiance en elle ainsi qu'une grande maîtrise de ses gestes et de ses émotions.

A mon sens, elle est dotée de plusieurs paires de bras. Ceux qui exécutent les gestes techniques et ceux qui s'ouvrent pour accueillir les patients et leur famille. Je pense également que se sont des personnes pourvues d'un équilibre vital fondamental. Elles sont à même de pouvoir faire face aux situations des malades, être à leur côté, les soutenir moralement et même physiquement contre la maladie et la mort. Tout le monde n'en est pas capable. Toutes les infirmières n'en sont pas capables.

Dans le domaine hospitalier, quand je parle de ma conviction et de mon intérêt pour l'oncologie, on me répond souvent « *Ah ! Moi je ne pourrai pas faire ça. Ça doit être insupportable d'être tout le temps confrontée à la mort !* ». Actuellement, je ne peux pas encore dire si moi je pourrai y faire face tous les jours. J'espère avoir les épaules assez solides pour travailler dans cette spécialité. Quoi qu'il en soit, je me donnerai les moyens pour y arriver. Ces moyens je les puiserai dans mes futurs collègues de travail, dans leur expérience. J'essaierai de me ressourcer autant que possible à l'extérieur du contexte hospitalier. J'espère pouvoir suivre la formation d'infirmière en oncologie afin d'avoir un bagage supplémentaire et indispensable pour exercer dans ces soins.

CHAPITRE 3 : Méthodologie

Après avoir consulté la littérature disponible sur le cancer et le soutien psychologique, ayant également parcouru Internet, je me suis rendue compte qu'il y avait énormément d'ouvrages sur le thème. Dans les textes spécifiquement destinés aux infirmières, le lecteur est souvent ramené à se référer aux modèles conceptuels de soins pour prendre en charge leur patient. En effet, un modèle conceptuel est « *un ensemble d'idées, de concepts, d'éléments essentiels, de valeurs qui déterminent la manière dont les infirmières, en tant qu'individus et groupe, vont s'occuper de leurs clients.* »²⁵. Dans ma formation, j'ai également appris à me référer à une théorie de soins issue d'un modèle conceptuel. La plus couramment utilisée est celle de Virginia Henderson. Elle décrit le rôle de l'infirmière comme ceci : « *Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible. Cet aspect de son travail, cette partie de sa fonction, l'infirmière en a l'initiative et le contrôle : elle en est maîtresse* »²⁶. Cette théorie en est une parmi beaucoup d'autres. Cependant je ne vais m'arrêter sur cette dernière car je l'ai souvent travaillée pour mes cours.

Aussi j'ai appris à me baser sur une démarche de soins pour prendre en charge un patient. Celle-ci comprend plusieurs étapes qui sont le recueil de données, l'analyse et interprétation des données, la formulation d'un diagnostic infirmier, la planification des soins, la planification des interventions, l'évaluation et si nécessaire le réajustement. Tout ceci nous offre un fil conducteur, un fil rouge lors de l'accomplissement de notre rôle d'infirmière. Nous avons là nombre de

²⁵ POLETTI, Rosette. *Les soins infirmiers, théories et concepts*. 1982. Infirmières d'aujourd'hui. Le Centurion : Paris.

²⁶ RIOPELLE, L. GRONDIN, L. PHANEUF, M. *Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne*, 1984. Mc Graw-Hill Editeurs : Québec.

références pour pratiquer une relation d'aide dans les meilleures conditions.

Pourtant lorsque j'ai demandé à mes collègues si elles se référaient à la démarche de soins, souvent elles me répondaient qu'elle avait cette méthode dans leur tête, mais qu'elle l'appliquait à leur manière. Je me suis donc dit que chaque infirmière avait sa méthode à elle. Et bien moi, je veux savoir laquelle. Ce qui m'intéresse vraiment c'est de comprendre ce qu'il se passe lorsque l'infirmière referme la porte derrière elle. Spécifiquement, ce qui se passe dans une unité d'oncologie. Ceci en regard de mes motivations personnelles relatées auparavant. Que se passe-t-il lorsque que l'infirmière en oncologie se retrouve seule avec son patient pour lui administrer une cure de chimiothérapie ? Quelles sont leurs interactions ? Sur quoi se base-t-elle pour offrir une relation d'aide efficace ? Comment identifie-t-elle les bouleversements et les besoins de son patient ? Que fait-elle de tout ça ?

3.1. Objectifs

- Avoir une description du soutien psychologique infirmier dans un service d'oncologie.
- Nommer les moyens que les infirmières en oncologie se donnent pour identifier les bouleversements de vie d'un patient atteint d'un cancer
- Comprendre l'interaction entre l'infirmière et le patient lorsque la porte se referme.
- Savoir ce que les patients attendent d'une relation d'aide.
- Développer mes connaissances en oncologie.

3.2. Question de recherche

Afin de pouvoir centrer ma question de recherche, j'ai passé par plusieurs étapes. J'ai d'abord consulté les ouvrages à disposition, ainsi j'ai pu m'inspirer de différents concepts. J'ai également procédé à l'affinement de ma réflexion en utilisant la

méthode de l'entonnoir. Ainsi je suis arrivée à cibler mon intérêt sur la question suivante, soit : « **Infirmière en oncologie : à huis clos derrière la porte. Comment l'infirmière en oncologie apporte du soutien psychologique à un patient atteint d'un cancer pendant l'administration d'une chimiothérapie ?** »

3.3. Les hypothèses

L'infirmière en oncologie apporte du soutien psychologique à un patient atteint d'un cancer :

- En gérant la relation d'aide en situation difficile.
- En appliquant les principes de l'infirmière en oncologie.
- En étant capable d'imaginer pour chaque personne une approche différente.
- En ayant un grand savoir-être, une grande expérience.
- En le différant suivant le patient, sa demande et son traitement.

3.4 Construire ma recherche

Durant toute cette 4^{ème} année de formation, plusieurs cours nous ont été dispensés sur la méthodologie. Avant de me décider sur la démarche que j'allais adopter pour monter ma recherche, j'ai pris le temps à la réflexion. Finalement, après la lecture des documents et les explications sur les différentes méthodes, le plus intéressant pour moi se révélait être les entretiens semi-directifs. Intéressant car cette manière de procéder se révèle pour moi la plus logique. En effet, l'élaboration préalable des cadres de références et des hypothèses m'a amené à la formulation des questions pour les entretiens de façon évidente. D'ailleurs François Dépelteau dit dans son ouvrage que « *Cette technique d'entrevue est très pratique pour une démarche hypothético-déductive ou falsificationniste, car elle se marie très bien avec l'élaboration préalable d'un cadre théorique et d'une hypothèse de recherche qui déterminent les thèmes abordés lors des entrevues* ». Aussi, l'entretien semi-directif m'a donné l'occasion de rester maître du déroulement tout en laissant libre

d'expression mon interlocutrice.

Tout d'abord, j'ai pris contact avec l'infirmière cheffe des soins infirmiers du centre hospitalier dans lequel je souhaitais faire mes entretiens, afin d'avoir un accord de principe pour aller enquêter dans le service d'oncologie ambulatoire. Celle-ci m'a rapidement donné son aval en précisant que je devais au préalable prendre contact avec l'infirmier chef de service pour avoir un deuxième aval. Elle m'a également mise en garde sur le fait que les entretiens ne devaient pas dépasser 30 minutes compte tenu de la charge de travail ainsi que du nombre de personnel restreint exerçant dans le service choisi. Chose faite, j'ai pris contact avec les infirmières du service d'oncologie afin de planifier les dates et heures à leur meilleure convenance. Je leur ai aussi fait parvenir une lettre d'information sur le sujet de ma recherche ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé dans le but de pouvoir utiliser les données recueillies. Les formulaires dûment signés n'ont été récupérés qu'une fois les entretiens terminés.

Ensuite, j'ai œuvré à l'organisation d'une grille d'entretien traitant de thèmes définis par mes cadres de références. Vous pourrez retrouver la construction de l'élaboration de la grille ultérieurement. Cette grille m'a servi de fil rouge lors des discussions. Ces conversations ont été enregistrées au moyen d'un dictaphone numérique. J'avais auparavant effectué des tests avec l'appareil, afin d'être certaine de son bon fonctionnement. Au début des entretiens, les infirmières étaient perturbées par le fait d'être enregistrées, cependant l'outil grand comme un téléphone portable s'est rapidement fait oublier et les conversations sont devenues authentiques, libre de toutes restrictions. A la fin des entretiens je les ai enregistrés sur mon ordinateur portable pour en conserver une copie en cas de problème.

Enfin, j'ai retranscrit sur traitement de texte toutes les données vocales enregistrées. Cette partie du travail a nécessité environ 6 heures par entretien. J'ai pris la peine de conserver au mieux le discours de chacune en notant mot pour mot et en spécifiant les pauses respiratoires, les expressions comme le rire, etc... Cette retranscription correcte m'a permis de faciliter mon analyse car j'ai ainsi pu retrouver les émotions des personnes interrogées.

3.5. L'outils de recueil de données

Afin d'organiser ma grille d'entretien²⁷, j'ai ressorti des thèmes dans mes cadres de référence. Les différents thèmes comportaient à chaque fois une question ouverte qui pouvait donner lieu à de multiples réponses. Mon souhait était par le fait de poser des questions vastes, d'obtenir un panel de réponses larges et autant individuelles que possible, de laisser un degré de liberté à mes enquêtées. Je suis consciente que l'idéale aurait été de disposer de thèmes bruts, sans les questions préalablement arrangées. Mais étant une chercheuse plus que novice, je ne disposais pas assez d'entraînement pour agir ainsi. Alors j'ai élaboré une question par thème avec les questions de relance afin de disposer d'une trame aisée. Cependant durant les entretiens j'ai posé des questions qui ne figuraient pas sur ma grille ou alors je les ai remaniées. En fait, j'ai adapté les questions aux réponses données.

J'ai débuté l'entretien par une question très large et petit à petit j'ai resserré sur des questions plus précises en fonction de la réponse de l'infirmière, c'est une technique dite de l'entonnoir²⁸.

Pour moi, les entretiens constituaient une façon plus personnelle de prendre possession de mon travail de jeune chercheuse. En effet, l'approche plus intime des entrevues m'a permis de communiquer face à face avec mes interlocutrices. D'organiser les interviews aux moments opportuns, d'installer une relation de confiance, comme avec les patients. Ce contact a été très enrichissant pour moi, du point de vue personnel car j'ai pu découvrir la personnalité de chaque infirmière interrogée, mais aussi du point de vue professionnel car j'ai pu me faire connaître, faire connaître l'intérêt que j'ai pour cette spécialité qui est l'oncologie.

3.6. L'échantillon de population

Lors de la sélection de mes futures interviewées, j'ai d'abord délimité un territoire.

²⁷ Annexe C: grille d'entretien semi-directif

²⁸ POISSON, M. *Mémoire de fin d'études infirmières. Guide méthodologique*. 4^{ème} édition. 2003. Editions Maloine : Paris page 104

Ceci pour des raisons de transports et d'organisation, car les entretiens ont été réalisés pendant la semaine et que j'avais encore des cours à suivre à l'école. Je devais alors réussir à chevaucher les horaires afin de satisfaire aux exigences de l'école et veiller à ne pas déborder sur le temps libre des infirmières comme elles me l'avaient demandé.

J'ai choisi le service d'oncologie ambulatoire pour trois raisons principales.

- La première car c'est un lieu où les patients viennent et repartent. Ils y viennent uniquement pour leur traitement de chimiothérapie. Donc les infirmières qui y travaillant devaient être à même de savoir ce que je recherchais.
- La deuxième car je connaissais déjà les 4 infirmières qui y travaillent. En effet, j'y ai effectué un stage de deux semaines en octobre 2006.
- La troisième car le service d'oncologie à l'étage était déjà suffisamment sollicité par d'autres étudiants pour leur mémoire.

En ce qui concerne le choix des personnes interrogées, je n'avais pas beaucoup de possibilité. En effet, le service ne se compose que de 4 infirmières qui se partagent à différents pourcentages, les cinq jours ouvrables de la semaine. Le service ne fonctionne ni le week-end ni les jours fériés.

3.7. Le terrain

Durant l'automne 2006, nous avons eu la possibilité de faire un stage d'observation dans le service de notre choix. J'ai alors saisi la formidable occasion d'aller dans un service d'oncologie. J'y ai passé deux semaines consécutives. J'ai profité de cette opportunité pour observer les infirmières en action, pour m'imprégner de leur monde. J'ai même eu la chance de m'occuper de certains patients et ainsi pouvoir me mettre dans la peau d'une infirmière en oncologie.

Ce service s'occupe principalement, comme sa dénomination l'indique, de la continuité des traitements de chimiothérapies ambulatoires, ainsi que des

différentes pathologies hématologiques, telles que anémie, hémophilie, etc... Le team est composé de quatre infirmières qui exercent à différents pourcentages, soit deux à 80%, une à 60% et une à 50%. Cette équipe est dirigée par un Docteur oncologue et une Doctoresse, qui elle, est rattachée à l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans.

L'activité principale des infirmières se situe donc dans l'administration des traitements, mais elles sont aussi en permanence les réceptrices des émotions de leurs patients, de leurs difficultés à supporter les effets secondaires des traitements, de leurs peines, de leurs joies et de leurs mécontentements. C'est cet aspect de leur travail qui m'avait le plus interpellée à ce moment-là. Souvent je me suis demandée comment il était possible de rentrer à la maison le soir et de ne plus penser aux patients qui se trouvaient dans des détresses parfois insupportables. Aujourd'hui j'en ai la réponse, grâce aux entretiens effectués.

CHAPITRE 4 : L'analyse

Lors de l'analyse qualitative des entretiens, j'ai passé par plusieurs étapes.

Ensuite une fois sur papier, je les ai tous relus au moins 3 fois pour m'en imprégner, pour les revivre. J'ai surligné tout ce qui concernant les thèmes abordés durant les entretiens et tous ce qui avait attiré à mes cadres de référence. J'ai monté ma grille d'analyse à partir du premier entretien car il semblait pour moi être le plus complet au niveau du discours, elle avait vraiment parlé de tout ce que je voulais entendre ; et aussi parce qu'il fallait bien commencer par un des quatre. J'ai donc ressorti des catégories avec leur unité de sens. Chaque thème concerne plusieurs catégories et chaque catégorie comporte plusieurs unités de sens.

Pour la synthèse de tous les entretiens, j'ai repris mes hypothèses. Ainsi j'ai pu mettre en regard ce que moi j'imaginai, mes cadres de référence et ce que les infirmières m'ont dit.

4.1. Déroulement des entretiens

Chaque entretien a été très différent en soi. Naturellement de part la diversité des réponses, mais aussi de part le moment ou le stress subit dans le service à l'instant venu.

Le jour de mes deux premiers entretiens, les infirmières étaient un peu stressées car il y avait encore passablement de patient sous traitement. J'ai attendu environ 20 minutes, ce qui m'a permis de préparer la salle d'entretien. Le local prévu était la salle de pause, ce qui ne m'a pas beaucoup plu. En effet, comme le service d'oncologie ambulatoire partage l'étage avec d'autres services, il y avait donc plusieurs infirmières. Je me suis appropriée leur local de pause, ce n'était pas le bienvenu à cette heure de la journée où le petit creux et la petite soif s'installent peu à peu. Chemin faisant, j'ai alors collé une pancarte sur la porte qui mentionnait « Entretien en cours, merci de ne pas déranger ». Ce message pourtant clair, n'a malheureusement pas eu beaucoup d'effet, ceci car des personnes se sont permises de rentrer pour venir se servir une collation. Ces intrusions fréquentes

ont donc naturellement perturbé moyennement le bon déroulement des deux premiers entretiens.

Pour les deux autres effectués deux semaines plus tard, une chambre avait été mise à disposition, un endroit calme et tranquille. Ce qui a favorisé une ambiance détendue. Ce jour-là, les infirmières étaient sur le point de terminer leur journée, ce qui veut dire qu'elles ont eu la possibilité de me consacrer assez de temps, sans avoir à regarder l'horloge en permanence et se faire du souci pour la collègue restée seule à gérer l'entier du service.

Au préalable, je leur avais transmis une lettre d'information ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé. Avant l'enregistrement de chaque entretien, j'ai pris le temps de vérifier qu'elles aient bien eu le temps de lire la lettre et le formulaire. Je leur ai également mis du temps à disposition pour d'éventuelles questions. Ensuite je leur ai proposé de démarrer l'entretien et de ne signer qu'après le consentement éclairé. Ainsi, elles se sentaient rassurées d'avoir le choix, c'est-à-dire, de donner leur autorisation pour que je puisse traiter les données enregistrées qu'une fois l'entretien terminé. Cette délicatesse les a mises en confiance.

Après cet acte de courtoisie, j'ai pu débiter les entrevues. Munie de ma grille, j'ai posé les questions les unes après les autres ou alors en fonction de la direction des réponses données par les infirmières. Parfois, ma mission s'est plutôt centrée dans la recherche des indicateurs, parfois elle s'est plus accordée à ramener la personne au centre du sujet : le soutien psychologique. Cependant, la fluidité des réponses était présente. Aussi, j'ai respecté les silences des personnes et leur ai donné du temps à la réflexion. Toutefois, la durée de chaque entretien a très peu différé, seulement de quelques minutes. En règle générale chacun a duré environ 25 minutes.

4.2. Entretien no 1

La première personne interrogée était une infirmière qui travaillait à 80%. C'était la cadette du service, elle exerçait dans le domaine de l'oncologie ambulatoire depuis

5 ans.

L'entretien s'est déroulé pendant la semaine vers les 15 heures environ. Mon interlocutrice m'a donné l'impression qu'elle était stressée. Avant le début de l'enregistrement, je lui ai posé la question afin de vérifier mon sentiment. Elle me l'a confirmé et a ajouté qu'elle craignait les questions. Elle ne voulait pas donner de noms. Sur ce point j'ai pu la rassurer en lui disant que les données enregistrées seraient traitées de façon strictement anonyme. Le dialogue a duré 23 minutes pendant lesquelles elle a répondu à mes questions.

J'ai senti chez cette infirmière une volonté d'être une « bonne » infirmière. Ces critères sont apparus de façon distincte, soit :

- Avoir de la satisfaction dans l'accomplissement de son travail. Elle dit « *C'est une grande satisfaction d'avoir pu venir en aide à cette personne* » ou encore « *C'est mon travail c'est tous les jours une satisfaction* ». Je remarque ici que c'est important pour elle d'avoir un retour, c'est-à-dire d'éprouver une satisfaction dans l'accomplissement de son métier. Je pense que c'est un moyen pour elle de garder un équilibre.
- Etre là au bon moment pour le patient. Elle mentionne « *Tu essaies au mieux d'être là* » et « *pas insister à parler forcer à demander ce qui va pas. Tu es là !* » Elle n'impose rien, elle est surtout là, présente pour son patient en cas de besoins.
- Avoir des ressources personnelles et professionnelles pour faire face aux situations lourdes psychologiquement. Elle cite surtout les ressources professionnelles en disant qu'elle bénéficie d'outils et qu'elle est formée en oncologie.
- Avoir de bonnes attitudes d'infirmière pour mener à bien la relation d'aide.

Ce sont là des indicateurs que j'ai retrouvés dans son discours. Ils ressortaient distinctement et tout au long de la discussion.

C'est également important pour elle d'être à l'écoute du patient. Pour cela elle utilise plusieurs moyens, soit :

- Identifier les besoins et les demandes du patient
- Observer le patient
- Créer des liens
- Faire avec les différences des patients

Dans ses difficultés principales elle mentionne surtout le fait de pouvoir garder une juste distance avec ses patients, avec ce qui leur arrive. C'est difficile pour elle de ne pas prendre sur elle, sur ses émotions, sur ces affects.

Ce qui m'est également apparu, c'est qu'elle rentre toujours en relation avec le patient en passant d'abord par la technique. Dans son discours, après m'avoir expliqué les gestes techniques pour une chimiothérapie, elle dit : *« Après on essaie de voir aussi s'il a besoin par exemple d'une infirmière à domicile pour faire les injections de Neupogène® ou s'il a besoin d'autre chose, d'une aide familiale on contact le... les centres médico-sociaux ou l'antenne François-Xavier Bagnoud ça dépend je veux dire quel stade et selon les besoins du patient »*.

Pour l'accompagnement des patients elle se base surtout sur son expérience professionnelle. Sur les situations déjà vécues qui lui servent un peu de fil conducteur. Elle dit regretter qu'il n'existe pas un livre de cuisine en oncologie. Un livre qui indiquerait comment faire dans telle ou telle situation.

A la fin de l'entretien lorsque je lui ai demandé si elle avait quelque chose à ajouter, elle m'a parlé de sa spécialité, elle disait : *« ... l'oncologie, c'est une spécialité et je pense que les spécialités ça devraient pas être dilué par exemple je trouve qu'une infirmière en oncologie c'est difficile psychologiquement mais elle devrait faire que ça. C'est là que tu es bon ! »*. Son discours corrobore avec la formation d'infirmière en oncologie, l'ASSO qui stipule clairement que les infirmières formées dans cette discipline sont au bénéfice de connaissances et d'un savoir-faire fondamentaux et spécifiques.

4.3. Entretien no 2

Après quelques minutes de pause, je me suis installée dans la salle pour accueillir la deuxième personne à interroger. L'infirmière interrogée travaille à 50 % actuellement, elle exerce depuis une dizaine d'années dans le service d'oncologie ambulatoire. Elle bénéficie donc d'expérience dans ce domaine. J'étais persuadée de trouver ce que je cherchais avec elle. Cependant, les conditions de l'entretien n'étaient pas spécialement favorables. Il s'est déroulé vers les 16 heures, moment où la plupart des patients terminent leur traitement. Elles doivent donc leur retirer les venflons et les perfusions. La fin de la journée se sentait aussi dans l'atmosphère. Toutefois, elle a pris le temps de répondre à mes questions et s'est impliquée dans son discours.

Tout comme l'infirmière interrogée précédemment, elle relate des conditions pour être une bonne infirmière, cependant elle n'en mentionne que deux, soit :

- Avoir de la satisfaction dans son travail. Chez elle est se situe plus dans la satisfaction d'avoir soigné un patient qui est guéri. Elle mentionne que *« ce qui fait toujours très plaisir quand on a accompagné quelqu'un ou soigné quelqu'un ici dans le service d'oncologie c'est surtout quand les personnes ont terminé leur traitement »*.
- Avoir des ressources professionnelles comme la formation en oncologie qu'elle a suivi, elle parle également de ses collègues de travail, elle dit *« le fait qu'on soit une bonne équipe »* ou encore *« on a des médecins qui sont très compréhensifs les collègues aussi »*. Mais aussi avoir des ressources personnelles comme se dépenser en faisant du sport, le fait de travailler à 50% est aussi une ressource pour elle. Ainsi elle peut se consacrer plus de temps pour se libérer l'esprit des situations lourdes psychologiquement.

Pour elle, c'est aussi important d'être à l'écoute du patient, j'ai retrouvé plus ou moins les mêmes indicateurs, soit :

- Identifier les besoins et demandes du patient
- Observer le patient. Elle dit *« la première chose c'est l'observation puis*

ensuite on va toujours faire une vérification ».

- Différence entre les patients. Elle dit surtout que la prise en charge diffère d'une personne à l'autre et d'un traitement à l'autre.
- Répondre aux besoins individuels de chaque patient. Elle mentionne que *« pour moi c'est plus important de répondre aux besoins de chaque personne »* ou encore *« pour moi ce qui est important c'est forcément ce qui est important pour lui »*.

Quand j'ai abordé le thème des difficultés qu'elle rencontrait dans son exercice d'infirmière en oncologie, elle a mentionné en employant d'autres termes la notion de la juste distance pour soigner des patients qu'elle connaissait surtout. L'aspect sur lequel elle a le plus insisté, est le fait de voir revenir les patients. Elle dit que c'est *« une telle déception, un tel désespoir de ces personnes parce que tout allait bien »* mais aussi *« pour nous aussi, oui de savoir que la personne va revenir, comment je vais l'accueillir, qu'est ce qui va se passer, comment je vais pouvoir le soutenir à ce moment-là »*.

Elle parle aussi de ses limites, elle connaît ses limites. Le fait de connaître le patient, de le connaître personnellement, constitue pour elle une grande difficulté. Les points forts ressortis sur les difficultés sont donc de :

- garder la juste distance quand elle est impliquée émotionnellement.
- voir revenir les patients en rechute et devoir à nouveau les soutenir avec d'autres moyens que ceux utilisés précédemment.
- de faire avec ses limites d'infirmière quand elle connaît personnellement le patient.

Comme l'infirmière interrogée dans l'entretien numéro 1, elle utilise les soins techniques comme support de relation. Elle dit également que c'est plus facile de soutenir psychologiquement un patient, d'une fois que les gestes techniques sont intégrés. Pendant qu'elle installe son matériel, elle peut à la fois discuter et exercer des gestes techniques.

Pour l'accompagnement de ses patients, elle mentionne également son

expérience professionnelle, mais aussi qu'elle se sert un petit peu dans les différentes théories qu'elle a apprises et les utilise en fonction de ses sensibilités de ses besoins.

4.5. Entretien no 3

Cet entretien s'est déroulé à deux semaines d'intervalles des deux premières entrevues. Ce qui signifie que l'infirmière interrogée avait pu discuter du sujet des questions avec celles qui avaient déjà été interviewées. Par conséquent, elle était très détendue et n'avait aucune appréhension sur la nature des questions, elle s'y était un peu préparée. Notamment, cette fois la salle à disposition était une chambre prévue pour les traitements, mais comme il n'y avait plus aucun patient dans le service, l'endroit était libre. Un lieu parfait, car calme et inscrit dans le contexte de ma recherche. J'ai ainsi pu un tant soit peu reproduire le huis clos de derrière la porte. Nous nous sommes installées confortablement autour de la table à disposition dans la chambre et avons débuté la conversation. L'entretien dura environ 26 minutes pendant lesquelles elle répondit à mes questions.

Dans la retranscription de l'entretien, j'ai pu ressortir ses conditions pour être une bonne infirmière, tout comme les autres infirmières. Pour elle, ses conditions différaient un peu des autres, soit :

- Avoir de la satisfaction dans son travail. Pour elle-même, mais aussi et surtout pour les patients qu'elle soigne. Elle se dit satisfaite quand le patient est content de ses soins, quand elle a pu piquer sans provoquer trop de douleur. Mais aussi quand elle donne une image de sécurité au patient, quand elle peut le rassurer.
- Avoir des ressources sur le lieu de travail. A son sens, sa ressource principale est le médecin du service. Tout au long de son discours elle revient sur le fait qu'elles ont de la chance d'avoir un bon médecin.
- Avoir une vie privée équilibrée est essentielle pour elle. Elle ne saurait se concentrer sur son travail, si elle avait « *une vie privée compliquée* », comme elle le dit. D'ailleurs elle mentionne « *pour aider les autres, c'est de*

pas avoir de problèmes ailleurs qu'à l'hôpital » ou encore « faut que j'arrive à me concentrer sur ce que je fais au travail ».

- Avoir des attitudes d'infirmière c'est-à-dire selon ses mots « en montrant qu'on est sûr de soi et qu'on connaît notre travail ». Elle parle aussi beaucoup de l'écoute active et de l'empathie. Egalement de ne pas avoir de préjugés sur les patients.

Avec tous ses critères, elle peut prendre en charge les patients de façon optimale. Mais aussi toutes ses qualités lui permettent d'être à l'écoute de ses malades. Elle mentionne comment elle fait pour être concrètement à l'écoute. Voici les points forts de son discours sur ce thème, soit :

- Identifier les besoins et les demandes du patient
- Observer le patient.
- Créer des liens semble pour elle très important. Elle parle surtout de la confiance qui doit régner entre le soignant et le soigné. Sans ça, elle pense que le fil est rompu. Elle cite un exemple, je cite : « *c'est un malade qui m'a dit tu sens tout de suite, dès qu'il a pas confiance en l'infirmière c'est foutu, tu peux rien faire donc tu peux même pas l'aider psychologiquement* ». Elle insiste en disant que « *si le malade n'a pas confiance en toi la première minute, t'es finie tu peux pas le soigner* ».
- Faire avec les différences des patients car pour elle, il y a deux sortes de patient, les terriens et les intellectuels. Elle les décrit en mentionnant que cela dépend « *s'y lysent beaucoup, s'y se laissent aller* ».

Quand j'ai abordé les sujets de ses difficultés, elle s'est surtout prononcée sur les émotions qu'elle ressentait. Sur ses difficultés vis-à-vis de l'issue fatale de la maladie. Trois indicateurs principaux sont ressortis, soit :

- Gérer le contact avec la mort, elle dit que « *je crois que c'est ça le plus difficile c'est de voir baisser de les voir mourir* ».

- Gérer les émotions des patients, surtout leur agressivité face aux soignants. Elle évoque le fait de surtout ne pas prendre l'agressivité des patients sur soi.
- Donner des informations conformes à la vérité. Elle mentionne « *si ils veulent discuter c'est toujours difficile parce que tu peux pas raconter n'importe quoi* ».

Chez elle, les soins techniques sont également un moment privilégié pour entrer en relation avec le patient. Le moment idéal à ses yeux se présente lorsqu'elle pose son traitement et qu'elle doit rester aux côtés du patient pour en vérifier le bon déroulement. Ainsi elle dispose d'un certain laps de temps, car elle dit ne pas toujours réussir à rester longtemps auprès du patient, elle limite le temps à environ 15 minutes.

Elle parle également de l'intégration de la théorie et des gestes pratiques en disant que « *c'est naturel enfin je fais comme ça mais j'oublie de dire, tiens c'est de la relation d'aide que je fais* ». Aujourd'hui elle est donc à l'aise avec la combinaison des deux aspects soit théorie et pratique. Par contre elle dit bien qu'au début il est quasiment impossible de faire les deux en même temps. Par exemple elle mentionne « *moi alors au début tu pouvais oublier les problèmes psychologiques* » et plus loin dans son discours « *mais au bout de quelques années de toute façon tu vois plus la pratique* ».

En ce qui concerne ses outils théoriques pour l'accompagnement des patients, elle dit tout simplement ne pas en avoir. En tout cas, cela n'est pas vraiment ressorti dans ses paroles. Elle va même à dire « *j'ai fais des cours d'oncologie sur le stress de la communication, pour moi ça m'a servi à rien !* » ou encore « *moi j'ai pas de bases théoriques en tout cas dans la psychologie* ». Elle ne parle pas non plus de son expérience professionnelle comme outils d'accompagnement. Pendant l'entretien son discours m'a quand même interpellée, je lui ai alors demandé si elle se basait sur son expertise d'infirmière, ce qu'elle m'a confirmé.

4.6. Entretien no 4

Pour moi la principale difficulté dans cet entretien, était d'obtenir les réponses en fonction de mes indicateurs. J'ai plusieurs fois dû l'inciter à me parler des critères que j'avais choisis dans ma grille d'analyse.

Les points forts concernant les critères d'une bonne infirmière sont :

- Avoir de la satisfaction lors du résultat de son travail. C'est-à-dire lorsque le patient est content. Elle dit « *elle avait quand même eu des bons moments et des bons souvenirs et des bonnes relations avec le personnel* ».
- Avoir des ressources dans sa vie privée. Pouvoir en parler des cas lourds psychologiquement afin de se décharger du poids moral. Elle dit « *c'est hyper important parce que même quand on a des ressources c'est pas facile* ».
- Attitudes de l'infirmière vis-à-vis du patient. Ici elle parle surtout de l'empathie en disant « *je me mets pas à sa place, mais presque* ».

Mes moyens pour être à l'écoute du patient sont :

- Identifier les besoins et demandes du patient. Pour cela souvent elle leur pose directement la question. Elle dit « *lancer les bonnes perches, je veux dire lancer les bonnes questions* » ou encore « *en posant les questions qui peuvent l'aider à l'extérieur* ».
- Observer le patient. Sur ce point elle ne me dit pas grand chose, sauf « *tu observes un petit peu leurs attentes face aux traitements, après leurs peurs face aux effets du traitement* ».
- Différence des patients. Elle parle là de la différence des contacts qu'elle entretient avec les patients. Elle stipule que certains parfois ne désirent pas entretenir de conversation.

Dans son discours, la principale difficulté pour cette infirmière est de donner des informations aux patients. Elle mentionne « *je peux pas lui dire vu que c'est pas vrai* » ou encore « *je peux pas lui dire ce qui veut entendre* ». Cependant, elle n'a

fait référence à aucune autre difficulté.

Elle aussi entre en relation avec les patients en se servant des soins techniques comme support. Elle le fait de façon très fine et discrète. Pour arriver à ses fins elle dit « *en étant pas vraiment au courant, comme ça lui y peut exprimer un petit peu ce qui l'amène en ses termes à lui ou à elle* ». Elle arrive à le faire, car sa pratique est parfaitement intégrée dans son quotidien. Elle soulève que « *c'est parce qu'une fois ta pratique elle est acquise et pis que tu l'as exercé x fois, tu y penses pas* » ou encore « *c'est plus dans la connaissance des gestes, quand t'arrives et pis que tu as préparé tout ton produit et pis que tu as plus qu'à le poser tu peux discuter en même temps* ».

Lorsque j'ai abordé le thème de l'accompagnement des patients, elle s'est référée tout d'abord à son expérience professionnelle. Elle dit « *c'est vrai que je parle pas aux patients que je soigne maintenant comme je parlais y à 15 ans* ». Ensuite elle m'a parlé de la formation d'infirmière en oncologie en disant « *un petit peu quand j'ai fais la formation en oncologie où on a eu quelques bases théoriques* ».

4.7. Synthèse interprétative des entretiens

Après avoir effectué une analyse descriptive de chaque entretien, je vais maintenant me concentrer sur une vue plus globale des réponses apportées par les infirmières. Pour faciliter la synthèse des données recueillies pendant les entretiens, je vais reprendre chaque hypothèse une à une et faire référence à la littérature choisie dans mes précédents textes. De cette façon je serai à même d'infirmier ou de confirmer les postulats posés précédemment.

Aux fins de répondre à ma question de recherche qui est « Infirmière en oncologie : à huis clos derrière la porte. Comment l'infirmière en oncologie apporte du soutien psychologique à un patient atteint d'un cancer pendant l'administration d'une chimiothérapie ? », j'ai au préalable émis plusieurs réponses possibles. Soit, elle apporte du soutien psychologique :

- En gérant la relation d'aide en situation difficile.

👍 La réponse à cette hypothèse ne se retrouve pas de façon claire et explicite dans les discours des infirmières. Si je lis entre les lignes, je peux reconnaître qu'elle apporte du soutien psychologique aux patients en gérant la relation d'aide en situation difficile par leurs gestes réconfortants, leurs paroles adaptées à la situation ou en étant là tout simplement.

- En appliquant les principes de l'infirmière en oncologie.

👍 Je rattache cette hypothèse aux attitudes de l'infirmière. Ma pensée se confirme par la majorité des discours des interviewées. Trois d'entre elles mentionnent avoir des attitudes plus ou moins définies dans leur comportement. Elle parle le plus souvent d'empathie, de congruence, mais aussi d'écoute active. Ce sont là les trois conditions de base requises pour qu'un climat psychologique soit favorable et permette au patient de tirer profit d'une thérapie, selon Rogers, soit l'empathie, l'acceptation et la congruence (authenticité). A cela elles ajoutent l'écoute du patient. Elles les écoutent que se soit physiquement ou psychologiquement. C'est-à-dire qu'elles mettent en place des moyens pour :

- identifier les besoins et les demandes des patients
- observer le patient
- créer des liens
- faire avec les différences des patients, ne pas se
- calquer sur un seul modèle
- répondre aux besoins du patient

Rogers disait qu'il était essentiel au thérapeute d'adopter des attitudes envers le client. Pour que la relation devienne

thérapeutique il faut alors y ajouter des attitudes d'aide comme l'écoute et la compréhension. Ce qui se confirme dans le comportement des infirmières.

Sur le fait de créer des liens avec les patients, Patrice Guex dit que « *le patient sous chimiothérapie ne se sent jamais vraiment malade ni exactement bien, et a besoin, par conséquent, d'entretenir des relations étroites avec l'équipe soignante tout au cours de leur traitement* »²⁹. Plus haut dans son ouvrage il précise également que « *les équipes doivent avoir beaucoup de patience, de capacité d'écoute et de persuasion pour maintenir, en dépit de tout, un climat de confiance* ». Ce sont là des moyens que les infirmières utilisent, une de leur mission est d'obtenir un climat de confiance avec les patients qu'elles soignent. Pour rappel, une des infirmières disait que « *il faut qu'il ait confiance en nous* ».

- En ayant un grand savoir-être, une grande expérience

👉 L'hypothèse se justifie car toutes sans exception ont mentionné l'expérience comme moyen d'apporter du soutien psychologique au patient. Elles se basent sur l'évolution de leurs soins et de leurs discours durant leurs années de pratique de la profession. L'expérience professionnelle et personnelle se retrouve dans les conditions émises pour que la relation d'aide prenne forme. C'est-à-dire lors de l'association des bases théoriques, de l'expérience, des habiletés et des attitudes de l'infirmière envers les patients.

- En le différenciant suivant le patient, sa demande et son traitement.

👉 Cette hypothèse se confirme par le fait que les quatre infirmières interrogées ont parlé de la différence des patients. Chacune a sa

²⁹ Ibid. 11 page 101

perception de la différence, mais toutes ont dit un moment donné que la prise en charge dépendait :

- du patient
 - de ses demandes et de ses besoins
 - de la personnalité du patient
 - de son intérêt pour ce qui lui arrive
 - des contacts que l'infirmière entretient avec eux
 - du temps qu'ils passent dans le service
 - des ressources qu'a le patient
 - des différences par rapport au traitement
- En étant capable d'imaginer pour chaque personne une approche différente.
 - ☺ Comme la première hypothèse émise, l'approche différente n'a pas été citée clairement. Une fois encore, en interprétant le discours des infirmières il est possible de comparer cette hypothèse à celle qui précède. Finalement si l'infirmière diffère le soutien psychologique en fonction des patients et des traitements, c'est qu'elle est à même d'imaginer pour chaque personne une approche différente.

Aussi, toutes les infirmières interrogées mentionnent que c'est important pour elles d'avoir de la satisfaction sur le travail accompli. Selon une étude canadienne³⁰ les travailleurs qui aiment leur métier et activités rémunérées ont une tendance à avoir moins de stress et disent avoir une meilleure qualité de vie que ceux qui n'aiment pas leur travail. Je peux alors dire qu'avoir de la satisfaction dans son travail est une des conditions pour apporter du soutien psychologique. Sinon, comment

³⁰ FREDERICK A., Judith. FAST E., Janet. *Aimer son travail : une stratégie efficace pour équilibrer la vie professionnelle et la vie privée*. [En ligne]. Disponible sur http://www.statcan.ca/francais/studies/11-008/feature/star2001061000s2a02_f.pdf (page consultée le 24.04.07)

imaginer une infirmière insatisfaite de son activité rémunérée pouvant aider des patients dans leur désarroi ?

Plus haut dans mon travail je relate le sens du rôle de l'infirmière. Il correspond aux points forts ressortis dans les entretiens. Celui que la relation d'aide prend donc forme avec l'association de ses bases théoriques, de son expérience professionnelle et personnelle, de son habileté et des ses attitudes envers les patients

4.8. Résultats des objectifs

Dans le chapitre de la problématique, j'avais émis des objectifs à atteindre dans le cadre de ma recherche. Ci-après je vais les reprendre successivement et décrire le processus adopté pour leur réalisation.

- Avoir une description du soutien psychologique infirmier dans un service d'oncologie.

➔ J'ai pu atteindre cet objectif d'une part par le biais des entretiens organisés auprès des infirmières du service d'oncologie. En effet, chacune d'entre elles a pu me donner une description du soutien psychologique. Elles ne l'ont pas explicité de façon significative, mais il est apparu dans l'analyse de leur discours plus particulièrement. D'autre part, le stage d'observation effectué dans le service d'oncologie ambulatoire m'a également permis, d'avoir certes peut être pas tout à fait une description, mais une vision globale du soutien psychologique infirmier. Pendant cette période, j'ai eu l'occasion d'observer mes collègues.

- Nommer les moyens que les infirmières en oncologie se donnent pour identifier les bouleversements de vie d'un patient atteint d'un cancer

➔ Cet objectif était très précis, ce qui a notablement

compliqué son atteinte. En effet, les infirmières n'identifient pas singulièrement les bouleversements de vie. Elles parlent plutôt d'observation du patient, de distinguer son « humeur du jour ». Pour cette raison je ne peux pas dire que j'ai atteint l'objectif fixé.

- Comprendre l'interaction entre l'infirmière et le patient lorsque la porte se referme.

➔ Il a été difficile d'atteindre cet objectif. En partie car la méthode de recueil de données n'était pas adaptée. L'entretien semi-directif ne m'a pas permis de comprendre cette interaction. Il aurait fallu pouvoir faire de l'observation afin de me fondre dans la chambre, de devenir observatrice et ainsi pouvoir espérer comprendre cette interaction.

- Savoir ce que les patients attendent d'une relation d'aide.

➔ Cet objectif n'a pas été atteint. En effet, lors de la rédaction de ceux-ci j'ai omis le fait que je me concentrais plus sur le travail de l'infirmière. Aussi, comme je n'ai pas composé de thème spécifique sur les attentes des patients. Cependant, lors des entretiens les infirmières m'ont dirigé dans ce sens.

- Développer mes connaissances en oncologie.

➔ Si je mets en regard mes connaissances telles qu'elles étaient au tout début de mon mémoire de fin d'études, je constate qu'elles se sont nettement améliorées. Aujourd'hui je n'ai certes pas acquis le niveau de connaissances optimum, mais j'ai pu le parfaire. Avec ce travail, j'ai particulièrement enrichi mes connaissances en pharmacologie oncologique, en pratique pendant les stages

dans le service d'oncologie ambulatoire et le service H3 du CHCVs qui se compose d'une partie oncologique et bien évidemment sur la perspective du soutien psychologique infirmier en oncologie.

CHAPITRE 5 : Conclusion

5.1. Réflexion professionnelle finale

Arrivée au terme de mon mémoire de fin d'études, je suis partagée entre deux sentiments. Celui d'avoir beaucoup travaillé et d'être satisfaite de mon premier travail de recherche ; et celui de vouloir encore et encore compléter cet écrit pour toujours en apporter d'avantage et l'améliorer. Deux années se sont écoulées depuis mes premiers pas sur cet ouvrage. J'ai souvent douté, tout remis en question, mais j'ai aussi consacré de nombreuses heures à sa réalisation, persévéré dans ma voie et fais confiance à ma directrice de mémoire qui m'a guidée de façon optimale. A présent, je me dois de mettre un terme à ce travail que j'ai nourri pendant de nombreuses heures et passer à mon autoévaluation. Aujourd'hui je suis à même d'élaborer des critiques objectives de mon travail. Elles se portent sur plusieurs aspects, que se soit sur la forme ou sur le contenu.

Tout d'abord, mon travail a été en grande partie centré sur le soutien psychologique infirmier. Au fur et à mesure que j'avancais dans ma réflexion je me suis aperçue que c'était difficile d'obtenir exactement ce que je cherchais. En effet, le principal défaut de ma recherche s'est tenu dans le choix de l'outil de travail. L'entretien semi-directif que je considérai adapté à ma recherche s'est révélé être un frein. Je l'ai surtout remarqué lors de l'analyse des données. Ce qui en est ressorti ne me satisfait pas pleinement. Tout d'abord, je pense avoir trop découpé les entretiens. J'aurai dû plutôt employer une analyse séquentielle afin de déterminer au plus juste ce qui se passe réellement derrière la porte et ainsi de pouvoir retrouver le raisonnement de mes interlocutrices. Cependant le meilleur moyen aurait été d'utiliser l'observation participante pour ce genre de recherche. Etant donné que je m'intéressai à ce qui se passait derrière la porte et que le simple fait de le demander constituait déjà un frein. L'observation m'aurait alors permis de me fondre dans le décor de la chambre et de me diriger plus vers une recherche d'investigations exploratoires plutôt que descriptives.

Aussi, j'ai rencontré quelques discordances dans mon point de vue et celui d'un auteur. Patricia Benner évoque sa vision de l'infirmière experte. Elle démontre par ses recherches qu'une infirmière experte agit avec son intuition et son expérience. Jusque là je consens à sa théorie. Cependant lorsqu'elle stipule que l'infirmière experte « *appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles* »³¹, j'avoue que je n'adhère pas à son opinion. Pour moi les diagnostics infirmiers sont une ressource non négligeable pour les infirmières, expertes ou novices. A nos jours, plusieurs recherches en soins infirmiers ont été conduites sur la nécessité de ces diagnostics infirmiers. Elles ont nettement démontré que leur utilisation améliorerait la prise en charge infirmière d'un client. A mon sens, elle le facilite. Facilite, car du moment que le problème ou diagnostic prioritaire est posé, les interventions infirmières deviennent évidentes et ciblées en fonction du patient et de son problème. Ainsi il optimise la qualité et la nature de soins. Autrement dit traiter la cause et non les symptômes ou traiter la cause pour soigner les symptômes. Toujours selon mon avis, lorsqu'on utilise une méthode précise, comme un modèle de soins, et que l'on applique la démarche comme la collecte des données, l'interprétation et l'analyse de celles-ci, leur planification ainsi que l'intervention des soins et l'évaluation ; il est alors possible de prendre en compte le client dans la globalité de ses 4 dimensions. Ainsi proposer une offre en soins pertinente et efficace adaptée à chacun.

Toutefois lors des entretiens réalisés auprès des infirmières, je n'ai pas ressenti de façon évidente l'utilisation des modèles de soins ou des diagnostics infirmiers. Elles se basaient plus sur leur expérience et leur ressentis. Ce qui m'amène à dire que j'ai rencontré des infirmières expertes dans leur domaine. Ne doutant pas de leur statut, je souligne néanmoins que si elles ne l'ont pas formulé clairement, à mon sens chaque infirmière utilise quelque part dans le coin de sa réflexion sur son action les diagnostics infirmiers pour avancer dans ses gestes. C'est une

³¹ BENNER, Patricia. *De novice à expert – Excellence en Soins Infirmiers*. 2005. Editions Masson : Paris. Page 32

partie que j'aurai pu approfondir dans mon recueil de données. Malheureusement sur le moment je ne bénéficiais pas assez d'expérience pour arriver à rebondir sur les pistes ouvertes par mes interlocutrices.

Toutefois, je relève que ce travail m'a beaucoup apporté. Tant au niveau personnel que professionnel.

5.2. Bilan personnel

Au commencement de ce périple ; j'associe mon mémoire de fin d'études à un périple (Le petit Larousse, 1992) car cela a vraiment été le cas mais par voie de recherche et non par voie de mer ; je ne souhaitais qu'une seule chose. Fermer les yeux, les rouvrir et trouver mon mémoire tout fait tout prêt. Bien évidemment, c'était chose impossible. Je me suis donc raccrochée à ma volonté et à mon souhait : celui de devenir infirmière. En me centrant sur mon but, j'ai construit mon travail pas à pas. Comme on bâtit une maison, brique après brique.

Ma plus grande difficulté a été de garder mon fil rouge, de ne pas dévier sans arrêt, car même avec une volonté de fer parfois je perdais pied. J'avais tendance à vouloir tout faire en même temps : cadres de références, préparation des entretiens, etc... Plusieurs fois j'ai dû me rappeler à l'ordre et me forcer à avancer petit à petit. La sélection de la littérature a aussi relevé d'une difficulté pour moi. La quantité innombrable d'ouvrages traitants du sujet n'a pas facilité ma recherche. C'est pourquoi, je pense certaines fois ne pas avoir fait forcément les bons choix de livres ou même avoir éliminé certains qui auraient pu faire état dans mon mémoire de fin d'études.

Ma plus grande facilité s'est retrouvée dans la rédaction du mémoire. Compte tenu de mon ancienne profession qui était secrétaire. Ma vitesse de frappe à la minute a donc été pour moi une de mes plus grandes alliées. Aussi l'intérêt que je porte au sujet choisi, donc l'oncologie, m'a beaucoup aidée à fournir l'investissement personnel et la motivation nécessaire à la réalisation de cet écrit.

5.3. Bilan méthodologique

La partie méthodologique s'est avérée être mon vrai fil rouge. J'ai essayé au maximum de tenir le plan que je mettais faite en début de travail. Ce plan m'a beaucoup aidée à avancer dans mon écrit. Aussi c'est ainsi que j'ai réussi à suivre la démarche demandée du début jusqu'à la fin.

La majeure difficulté pour moi s'est présentée lors des entretiens. La partie la plus difficile pour moi s'est révélée être l'analyse des données. N'ayant pas assez d'expérience dans l'analyse, j'ai eu tendance à trop découper mes entretiens, à aller trop loin dans l'analyse. J'aurai dû davantage me renseigner sur les différents types d'analyses possibles au moyen de la bibliographie mise à disposition.

5.4. Bilan professionnel

D'un point de vue professionnel et en tant que future professionnelle, ce mémoire de fin d'études m'a énormément apporté.

Tout d'abord, j'ai pu travailler un sujet qui me plaît énormément : l'oncologie. Cette spécialité ou plutôt la dimension des soins apportés dans l'oncologie, l'accompagnement et le soutien psychologique correspondent à ma vision de l'infirmière. Celle d'être avec le patient dans la souffrance, avec sa famille, son entourage.

D'autre part, j'ai eu l'occasion de me faire connaître des professionnels de cette branche. Comme je souhaiterai travailler dans ce domaine, le fait d'aller faire des entretiens dans le service d'oncologie, d'avoir pu faire mon stage final en oncologie, m'a permis de faire connaître mon intérêt et ma motivation.

Enfin, l'élaboration de ce travail m'a permis de parfaire mes connaissances dans le domaine de l'oncologie, ce qui est bénéfique compte tenu de mon projet professionnel. J'ai également pu ébaucher des réponses aux questions que je me suis posées pendant l'élaboration de ma problématique.

Toutefois, je suis consciente que l'évolution dans le domaine des soins infirmiers est permanente. Ce qui est valable et adopté aujourd'hui ne le sera certainement plus demain. Cependant, je souhaiterais vivement que l'avancée se fasse dans l'intérêt des patients, mais aussi dans celui des professionnels de la santé, particulièrement des infirmières, étant donné que j'en serai bientôt une. C'est pour cette raison que dans l'exercice de ma profession je me donnerai les moyens d'œuvrer pour le bien de mes patients. C'est aussi pour cette raison que le fait de me pencher sur la problématique du soutien psychologique des patients cancéreux, était pour moi un moyen de m'apporter des réponses sur une de mes lacunes ; la relation d'aide.

Bibliographie

Article, revue

WYSER, C. EMERY, Y. *Moins de médecins et davantage d'infirmières, c'est mieux et moins cher*. L'Hebdo no 47. 23.11.2006. page 42

Monographie

BENNER, Patricia. *De novice à expert – Excellence en Soins Infirmiers*. 2005. Editions Masson : Paris.

CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique – humaniste*. 1989. Editions Lamarre : Québec.

COLLIERE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. 1982. InterEditions : Paris.

DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. 2005. Editions de boeck : Paris.

GARNIER DELAMARE. *Dictionnaire des termes de médecine*. 27^{ème} édition – 2^{ème} tirage. 2002. Editions Maloine : Paris.

GHIGLIONE R., RICHARD J.-F [sous la dir.] *Cours de psychologie. Bases, méthodes, épistémologie*. 1998. Tome 2, 3^{ème} édition. Editions Dunod : Paris.

GUEx, Patrice. *Psychologie et cancer : manuel de psycho-oncologie*. 1989. Editions Payot : Lausanne.

HENDERSON, Virginia. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. 1977. Conseil International des Infirmières : Genève.

JONES A., Russel. *Méthode de recherche en sciences humaines*. 2003. Editions de Boeck Université : Paris

POISSON, M. *Mémoire de fin d'études infirmières. Guide méthodologique*. 4^{ème} édition. 2003. Editions Maloine : Paris.

POLETTI, Rosette. *Les soins infirmiers, théories et concepts*. 1978. Le Centurion : Paris.

SAILLANT, Francine. *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*. 1988. Editions St-martin : Montréal

RIOPELLE, L. GRONDIN, L. PHANEUF, M. *Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne*. 1984. Mc Graw-Hill Editeurs : Québec.

ROBERT, Paul. *Le petit Robert 1. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. 1985. Les Dictionnaires Robert-Canada : Montréal.

ROGERS, Carl. *La relation d'aide et la psychothérapie. Tome 1. Troisième Edition*. Traduit en français par J.P. Zigliara. 1974. Les Editions ESF : Paris.

ROGERS, Carl. *Le développement de la personne*. Traduction par E .L. Herbert. 2005. Dunod-InterEditions : Paris.

SANTE SERVICE. CANDOTTI, Anne-Marie. GOLDBERG, James. [sous la dir.]. *Guide de chimiothérapie ambulatoire*. 1989. Editions Lamarre : Paris

SANTIAGO DELEFOSSE, M. ROUAN, G. *Les méthodes qualitatives en psychologie*. [sous la dir.]. 2001. Editions Dunod : Paris.

THORNE, Brian. *Comprendre Carl Rogers*. 1994. Editions Privat : Toulouse.

TUBIANA, Maurice. *Le cancer, hier, aujourd'hui, demain*. 1998. Editions Odile Jacob : Paris.

Sites internet

DUSSAULT, Gilles. *Cadre pour l'analyse de la main-d'oeuvre sanitaire*. [En ligne]. Disponible sur <http://www.ti.ch/dss/dsp/SezS/temi/UDEASS/2007/doc/Dussault/Ruptures%202000.pdf> (page consultée le 11.07.07)

FREDERICK A., Judith. FAST E., Janet. *Aimer son travail : une stratégie efficace pour équilibrer la vie professionnelle et la vie privée*. [En ligne]. Disponible sur http://www.statcan.ca/francais/studies/11-008/feature/star2001061000s2a02_f.pdf (page consultée le 24.04.07)

Historique et effets de la chimiothérapie [En ligne]. Disponible sur <http://www.baclesse.fr/cours/fondamentale/c15-chimiotherapie/chimio-0.htm> (page consultée le 10.06.2006)

La chimiothérapie - mode d'action et mode [En ligne]. Disponible sur http://www.mepha.ch/ch/de/news/chemotherapie/mainColumnParagraphs/00/document2/Chemotherapie_fr.pdf (page consultée le 06.02.07)

NADOT, Michel. *De la modélisation de l'activité soignante à la médiologie de la santé*. [En ligne]. Disponible sur http://www.heds-fr.ch/fr/recherche/doc/congres/congres_heds_12avr05_atelier3-mna.pdf (page consultée le 28.03.2007)

Soins en oncologie Suisse. Descriptif de la profession d'infirmière en oncologie (en révision). [En ligne] Disponible sur <http://www.onkologiepflege.ch/28.html?&L=1> (page consultée le 19.12.06)

ZONIS, Mark. *Des juifs célèbres*. [En ligne]. Disponible sur <http://www.regard.eu.org/Israel/TXT.complet.Israel/PEUCJ.html> (page consultée le 11.11.2006)

Annexes

A. Questionnaire qualité de vie de l'EORTC

B. Profil de l'infirmière en oncologie

³²1. DEFINITION

Les infirmiers(ères) en oncologie sont au bénéfice de connaissances et d'un savoir-faire fondamentaux et spécifiques ainsi que d'une grande expérience professionnelle leur permettant d'offrir à des patients atteints de cancer, de même qu'à leur entourage, des soins différenciés, des conseils, un accompagnement et des instructions adéquates. Ils sont également aptes à coopérer à des programmes visant à la prévention de maladies cancéreuses. Cette tâche les met en face de situations qui peuvent se modifier rapidement, de manière pas forcément prévisible et d'une complexité très variable. Ceci exige que les problèmes actuels et potentiels en relation avec le cancer soient saisis et analysés, que les facteurs d'influence soient connus et que des interventions individuelles et étendues soient mises en œuvre. L'infirmier(ère) en oncologie agit en tant que personne de référence pour ses collègues, pour la population et au sein d'une équipe pluridisciplinaire

2. DESCRIPTIF DE LA FONCTION

Les infirmiers(ères) en oncologie sont des infirmiers et infirmières diplômés (diplôme AKP/KWS ou niveau II avec une formation et un perfectionnement spécifiques) spécialement instruits en fonction de leurs tâches. La désignation d'infirmier(ère) en oncologie est réservée à des spécialistes qui ont suivi avec succès les formations et perfectionnements suivants:

- Höhere Fachausbildung in Pflege Stufe 1/SBK mit Schwerpunkt Onkologie
- Certificat de spécialisation de soins infirmiers en oncologie et soins palliatifs
- Corso post-diploma in Cure infermieristiche, livello I opzione oncologia.
- qui peuvent attester d'une formation équivalente à l'étranger.

3. DOMAINE D'ACTIVITE

Le domaine d'activité comprend toutes les tâches se rapportant à la définition ci-dessus. Les explications qui suivent définissent les 5 fonctions et les qualifications clé relatives aux traitements de la santé et de la maladie.

Fonction 1: Soutenir et assumer des fonctions intérimaires dans le cadre des activités de la vie quotidienne

Les patients atteints d'un cancer subissent différentes phases de la maladie au cours desquelles ils reçoivent le soutien physique, psychique et social approprié à leur état du moment et à la situation globale.

La fonction de soignant en oncologie exige:

³² <http://www.onkologiepflge.ch/28.html?&L=1>

- une prise de responsabilités personnelles, de l'autonomie et de l'indépendance tout en tenant compte de chaque situation individuelle.
- une maîtrise de soi face aux modifications de comportement d'attitude.
- la mise en œuvre de soins en vue du maintien et de l'amélioration de la qualité de vie.

Fonction 2: Accompagnement en situation de crise et en phase terminale

Les patients atteints d'un cancer souffrent d'un mal chronique qui entraîne des crises existentielles pouvant même aboutir à des situations aiguës de mise en danger de la vie.

Grâce à une communication ouverte et un comportement compétent, l'infirmier(ère) en oncologie:

- atténue les problèmes pouvant apparaître, s'exprimer, être compris et traités en relations avec l'incertitude quant à l'évolution (évent. chronique) de la maladie et de la stigmatisation sociale.
- veille à ce que les situations de crise soient prises au sérieux et que les patients et leur entourage soient soutenus dans leur peine à surmonter les différents effets de la maladie.
- montre de la compréhension et apporte son soutien aux patients lors de changement de son comportement et de sa situation.
- aide les patients et leurs proches à trouver un sens à leur vie et à la vie après.
- veille à ce que les droits du patient soient respectés jusqu'à sa mort.
- aide les patients et leurs proches à affronter la mort et à s'y préparer individuellement.
- veille à ce que les patients se sentent entourés et sécurisés.

Fonction 3: Coopération à la mise en œuvre des mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques

Les patients atteints de cancer ont généralement besoin d'examens étendus en vue d'établir un diagnostic et d'un traitement prolongé et complexe.

Par son comportement professionnel et grâce à une coopération interdisciplinaire constructive, l'infirmier(ère) en oncologie contribue dans une large mesure:

- à ce que les patients et leur entourage soient informés continuellement et conformément à la situation sur le diagnostic et l'évolution de la maladie et à ce que les principes éthiques (SBK 1990) soient respectés.

- à ce que l'utilité, le but, les effets ainsi que les effets secondaires spécifiques, aigus et chroniques d'une thérapie médicale soient connus du patient.
- à ce que des mesures soient prises en vue de prévenir et de traiter les problèmes liés à la maladie tels que les symptômes et effets secondaires des thérapies du cancer.
- à ce que les patients et leurs proches soient parties prenantes du traitement et que, grâce à des informations, conseils et instructions adéquates, ils puissent, selon la situation, entreprendre eux-mêmes le traitement.
- à ce que, même dans les situations difficiles et complexes, les patients se sentent en sécurité et aussi à l'aise que possible.

Fonction 4: Coopération à des actions de prévention de maladies et d'accidents d'une part ainsi que de maintien et de promotion de la santé d'autre part. Participation à des programmes d'insertion et de réinsertion.

La population n'est pas encore suffisamment informée quant à la prophylaxie et au diagnostic précoce et/ou ne peut pas modifier ses habitudes de vie. Les mesures de sécurité et de protections de la santé sur le lieu de travail doivent être respectées.

L'infirmier(ère) en oncologie participe activement:

- à l'information de la population sur la prophylaxie et le diagnostic précoce possibles en relation avec les maladies cancéreuses.
- à différents programmes visant au changement des habitudes et du comportement dans le cadre de la prévention du cancer.
- à garantir un usage correct et un comportement approprié face aux radiations cytostatiques et radioactives.
- à sauvegarder et à favoriser sa propre santé en lui apportant les soins appropriés compte tenu de ses besoins personnels .
- à assister les patients atteints d'un cancer chronique et donc contraints à affronter une transformation de leur situation et à adapter leur rythme de vie et de travail à leur état de santé.

L'infirmier(ère) en oncologie s'engage:

- à encourager les patients à œuvrer activement à leur réhabilitation et à leur apporter, à cet effet, un soutien et un conseil compétents.
- à apprendre aux patients à vivre avec leur maladie et à les accompagner et les soutenir lors de diverses situations qu'ils doivent affronter.

Fonction 5: Coopération à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ainsi qu'au développement de la profession. Collaboration dans des projets de recherche dans le domaine de la santé.

Les patients reçoivent des soins et un encadrement correspondant aux plus récents progrès en ce qui concerne les connaissances et le savoir-faire.

L'infirmier(ère) en oncologie est responsable:

- de sa formation professionnelle et de son perfectionnement.

Il(elle) soutient:

- la promotion de ses collègues (encadrement de collaborateurs(trices), et d'élèves).
- le maintien et l'amélioration de la qualité des soins par le développement et la mise en œuvre de standards et le contrôle de leur application.
- la promotion de la professionnalisation des soins en oncologie par une participation active aux conseils pratiques, à l'enseignement et à la recherche.
- la vérification et la mise en œuvre des nouvelles découvertes en matière d'oncologie.

4. DOMAINES D'INTERVENTION

Soins

services spéciaux en oncologie (p. ex. oncologie méd. et hématologique, radio-oncologie, oncologie gynécologique, oncologie pédiatrique).

- Oncologie ambulatoire, cabinets médicaux en oncologie.
- Hospices et soins palliatifs.
- Services de soins hospitaliers à domicile pour patients atteints du cancer, y. c. conseils de soignants dans le domaine des soins à domicile.
- Services médicaux traitant et soignant régulièrement des patients atteints de cancer, notamment avec une fonction de conseil aux collègues dans les différents services.

Enseignement, recherche et conseil (avec un perfectionnement spécifique)

- Enseignement auprès d'écoles d'infirmiers(ères) et cours de formation et de perfectionnement.

- Participation à des colloques et congrès.
- Instruction de patients et de leurs proches.
- Réalisation de projets de recherche dans le domaine des soins.
- Coopération à des projets de recherche cliniques dans les domaines de la médecine et de la psycho-oncologie.
- Publication de thèmes prépondérants relatifs aux soins en oncologie.
- Conseils en matière de santé, p. ex. en dispensaires et hôpitaux.

Management (avec une formation spécifique)

- Direction d'un service d'oncologie ou d'un dispensaire.
- Direction d'une clinique d'oncologie ou d'un hospice.

C. Grille d'entretien semi-directif

Thème	Questions	Indicateurs
Généralité	<p>Racontez-moi votre meilleure expérience d'infirmière ?</p> <p><u>Relance :</u> Quelle fut votre plus belle action d'infirmière et comment c'est elle déroulée ? Dans quelles circonstances est-ce que vous vous sentez bien ? Qu'est-ce que vous aimez dans ce métier ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Critères d'une bonne infirmière - Critère du bon patient
Facilités et difficultés	<p>Qu'est-ce qui est le plus difficile pour une infirmière en oncologie ?</p> <p><u>Relance :</u> Qu'est ce qui vous a le plus marqué dans votre pratique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expériences limites - Expertise infirmière - Echecs - Les critères de réussite
Derrière la porte	<p>Pouvez-vous me raconter ce qui se passe quand la porte se referme et que vous êtes seule avec un patient ? ?</p> <p><u>Relance :</u> Que faites-vous ou dites-vous quand la porte se ferme ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Récits des gestes infirmiers - Interactions avec les patients - Observations principales faites par l'infirmière - Identification des bouleversements de vie selon Patrice Guex
Chimiothérapie	<p>Comment se déroule une séance de chimiothérapie?</p> <p><u>Relance :</u> Que demandent ou de quoi parlent les patients pendant la chimiothérapie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schéma types d'une séance - Besoins principaux des patients - Différence de prise en charge selon le type de cancer
Accompagnement, soutien psychologique	<p>Qu'est-ce qui vous aide à accompagner les patients cancéreux ?</p> <p><u>Relance :</u> Quelles sont vos ressources en matière de soutien psychologique ? Est-ce que cela s'apprend ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bases théoriques apprises - Références théoriques (Concept de soins, ...)
Technique de soins et soutien psy	<p>Quel est votre secret pour gérer les gestes et le soutien psychologique en même temps?</p> <p><u>Relance :</u> Comment faites-vous pour concilier la technique et le psychologique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'adaptation - Connaissances des gestes techniques - Perception des besoins du patient (faire son travail, soutenir psychologiquement.

D. Grille d'analyse des entretiens 1 et 2

« Infirmière en oncologie : à huis clos derrière la porte. Comment l'infirmière en oncologie apporte du soutien psychologique à un patient atteint d'un cancer pendant l'administration d'une chimiothérapie ? »

	Entretien no 1	Entretien no 2
Etre une bonne infirmière	<p>Avoir de la satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est de voir la satisfaction selon tes gestes et ce que tu as pu faire (9) - Si j'arrive en fait à... à gérer... le problème du jour (34) - C'est une grande satisfaction d'avoir pu venir en aide à cette personne (32) - C'est mon travail c'est tous les jours une satisfaction (32) - Réussir la prise de sang (13) - Régler un petit peu le problème du jour (16) - Trouver des moyens pour soulager leur vie quotidienne à domicile (17) - Donner des conseils, des adresses (19) - Faire en sorte que la chimio se passe au mieux (19) <p>Etre là au bon moment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas insister ou imposer ma manière de faire (60) - pas forcer à parler forcer à demander ce qui va pas (62) - Tu es là ! (62) - Tu essaies au mieux d'être là (64) - J'essaie de revenir à un autre moment de la journée de revenir de de voir ce qui se passe (122) <p>Avoir des ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être formée (44) - t'as des outils (45) - des ressources extrahospitalières (46) <p>Attitudes de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire preuve d'empathie ouais le plus possible (186) - Etre le plus authentique possible (189) - C'est d'être à l'écoute (205) - Être très consciencieuse et pis contrôler (224) - Vraiment se contrôler l'une à l'autre (225) - je suis la dernière arrivée donc elles ont toutes entre 	<p>Avoir de la satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - y'à plein de de belles expériences (2) - ce qui fait toujours très plaisir quand on a accompagné quelqu'un ou soigné quelqu'un ici dans le service d'oncologie c'est surtout quand les personnes ont terminé leur traitement (3) - elles sont contentes d'avoir terminé (5) - elles sont en rémission voir en guérison (6) - ça fait toujours plaisir parce que les personnes nous remercient beaucoup et la famille aussi (8) - très valorisant pour notre travail mais aussi en pensant à la personne qui pourra revivre normalement (14) <p>Avoir des ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comme on est plusieurs dans l'équipe en principe j'évite de m'occuper de la personne (60) - la première ressource ça été la formation en oncologie (187) - ça m'a quand même beaucoup aidée - j'ai de la chance de travailler à 50% ça je pense pour moi c'est important, je pourrais pas travailler tous les jours (200) - faire du sport des choses comme ça (205) - le fait qu'in soit une bonne équipe (205)

	<p>dix ans et sept ans (218)</p> <ul style="list-style-type: none"> - en sachant quel type de chimio qu'est ce qui va se passer donc tu peux essayer de connaître les problèmes qui risqueraient d'arriver (241) 	<ul style="list-style-type: none"> - on a des médecins qui sont très compréhensifs, les collègues aussi (207)
Etre à l'écoute du patient	<p>Identifier les besoins et demandes du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - tu es là aux besoins du patient (65) - je fais en fonction, je réponds en fonction de la personne (75) - j'essaie de voir en fonction de lui si si je vois qu'il est prêt à pleurer j'attends un un moment (75) - on essaie de voir aussi s'il a besoin...(133) - ça dépend je veux dire quel stade et selon les besoins du patient (135) - s'ils ont besoin d'autre chose (134) - c'est le souci de guérison, ils demandent toujours est-ce que je vais guérir (142) <p>Observer le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déjà les premières observations physiques (88) - tu fais l'observation de ton patient (109) - tu arrives à plus ou moins savoir où il est (110) - je remarque que la personne elle est dans telle ou telle phase (121) - on a pas des papiers écrits pour nous dire dans quel état, comme un processus (111) <p>Créer des liens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ça crée des liens (83) - de fil en aiguille à chaque fois qu'ils reviennent y à une petite histoire qui se crée une histoire, un partage (146) <p>Différences ou pas entre les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - t'es pas impliquée non plus la même chose avec tout le monde (47) - y'à des personnes qui passent moins de temps ici (49) - cette personne pis elle a plein de ressources pis finalement elle a moins besoin de toi donc t'as moins besoin de t'investir (50) - selon la demande (53) - y ont pas toujours envie de parler de de...de la souffrance (84) 	<p>Identifier les besoins et demandes du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les questions viennent en fonction du besoin de moment de la personne (83) - on se rend compte qu'une personne elle a peur ou elle est anxieuse ou qu'elle est en phase de révolte (102) - on connaît ces phases on peut quand même souvent déceler (104) - on décèle, on perçoit (105) - moi je dirais selon ses demandes et ses besoins, c'est vraiment ça qui prime (247) <p>Observer le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la première chose c'est l'observation puis ensuite on va toujours faire une vérification (118) <p>Répondre aux besoins du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - répondre en fait aux besoins de la personne (169) - pour moi c'est plus important de répondre aux besoins de chaque personne (175) - pour moi ce qui est important c'est forcément ce qui est important pour lui (249) - et de voir comment je peux répondre (251) <p>Différence ou pas entre les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ça dépend beaucoup de la situation (75) - ça dépend si c'est une personne que l'on accompagne depuis plusieurs mois (81) - il y a des spécificités on traite pas la même chose un cancer du sein comme une tumeur cérébrale (156) - il y a des différences par rapport au traitement (158) - pour moi c'est plus les personnes qui sont différentes (171)

	<ul style="list-style-type: none"> - s'ils repartent à domicile ou pas (139) - Je pense que les gens sont pris en charge tous la même chose (160) - La souffrance elle est la même (161) - si quelqu'un est en fin de vie on va pas se comporter avec une personne qui a des chances de guérison (...) comme quelqu'un qui va mourir (162) - au début il n'y en a pas de différence (169) - en fonction de la personne (174) - moi je trouve qu'il faut pas se comporter différemment d'une personne à l'autre, de selon le pronostic (176) - pour la même personne une fois suivante ça peut être différent (205) 	<ul style="list-style-type: none"> - on peut pas catégoriser les personnes en fonction de la catégorisation enfin des du type de cancer (180)
Difficultés pour une infirmière en oncologie	<p>Garder la juste-distance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est de s'impliquer sans être trop (38) - trop prendre sur soi, trop prendre sur ces émotions (39) - d'être une aide pas un boulet (40) - tu souffres autant qu'elles (41) - t'as mal au cœur tu tu as pitié (41) - c'est pas toujours facile (44) - t'arrives pas toujours à déposer ta blouse au vestiaire en sortant de l'hôpital (46) 	<p>Garder la juste-distance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est plus difficile pour moi quand je suis impliquée émotionnellement ou que je connais la personne. (64) <p>Voir revenir les patients en rechute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ce qui est difficile pour moi c'est les personnes qui qui reviennent et qui rechutent (20) - une telle déception, un tel désespoir de ces personnes parce que tout allait bien (22) - c'est des moments qui sont très difficiles quand le patient doit revenir. (25) - il faut vraiment revivre une expérience à nouveau difficile et de recommencer au niveau des traitements et tout ce que ça implique (26) - pour nous aussi, oui de savoir que la personne va revenir, comment je vais l'accueillir, qu'est ce qui va se passer, comment je vais pouvoir le soutenir à ce moment-là (32)

		<ul style="list-style-type: none"> - je trouve que c'est des moments difficiles pour nous (35) - il y a à nouveau y'à un obstacle à cette vie qui était de nouveau redevenue normale (37) - ça je trouve que c'est difficile pour nous au niveau de la relation (39) <p>Les limites de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mes limites elles sont au moment où je connais la personne (58) - je sais que j'ai des limites (59) - je pense que mes limites elles seraient plus à ce niveau là quand je connais (63) - quelqu'un que je connais bien ou que qui est de la famille ça je pense que pour moi c'est une limite dans l'accompagnement (67)
Soins techniques et soutien psychologique	<p>Entrer en relation par les soins techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pis que là tu réussis pi que là de fil en aiguille tu les accompagnes (14) - pis après de fil en aiguille soit quand je pose mon venflon soit je pose les perfes sous porth-à-cath j'essaie de voir un petit peu son histoire (72) - c'est un mécanisme automatique pour finir maintenant en tout cas la technique (219) <p>Intégration de la théorie et des gestes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tu as pas toujours tes étapes en tête tu le fais machinalement (116) - ça fait partie d'un automatisme (119) - ça s'apprend énormément dans la pratique (184) - ça s'apprend par ton vécu, ton expérience (184) - vouloir trouver des recettes miracles dans telle situation y'en a pas (188) 	<p>Entrer en relation par les soins techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quand la personne est installée ou que par exemple j'installe un traitement et de dois rester à côté. Ben je profite à ce moment-là de discuter avec la personne (239) <p>Intégration de la théorie et des gestes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est vrai que maintenant on est capable de poser un venflon et pis de demander comment ça se passe à la maison (232) - on arrive à faire, enfin je veux dire les deux en même temps (235)
Accompagnement des patients	<p>Outils d'accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est mes expériences qui qui... qui me nourrissent (190) - mon expérience quand même (195) - je fais un mélange mais c'est clair que la théorie... y'en a pas grand-chose (199) - presque avoir comme un livre de cuisine (...) mais en fait il n'y en a pas (202) 	<p>Outils d'accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je dirais que c'est un peu l'expérience qui fait (217) - je prends des éléments un petit peu dans ce que j'ai appris (218) - je pense qu'on pique un petit peu partout (223) - en fonction de ses sensibilités (225)

E. Grille d'analyse des entretiens 3 et 4

« Infirmière en oncologie : à huis clos derrière la porte. Comment l'infirmière en oncologie apporte du soutien psychologique à un patient atteint d'un cancer pendant l'administration d'une chimiothérapie ? »

	Entretien no 3	Entretien no 4
Etre une bonne infirmière	<p>Avoir de la satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quand le malade est content (7) - j'ai bien réussi à pique, j'ai pu discuter (7) - là y dit qu'il était content qui l'avait pas eu mal (8) - qu'il avait bien supporter la chimio précédente (8) - qui dit qu'ici il est moins stressé (9) - il est en sécurité avec les infirmières (10) - il a pas de souci de venir se faire soigner (10) - moi ça, ça me satisfait (10) - je suis contente quand je revois des patients (16) - ces chimios ça marche quand même (19) - c'est incroyable ça, ça fait 15 ans donc elle est toujours vivante et elle va bien (29) - c'est plus dans le fait que les patients guérissent et qu'ils soient satisfaits (32) <p>Avoir des ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - heureusement qu'on a vraiment un bon médecin (110) <p>Avoir une vie privée équilibrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas avoir une vie privée compliquée (142) - être bien de pas avoir de soucis - de pas avoir aussi de problème de santé dans les gens proches dans la famille proche et les amis proches (144) - j'essaie de garder l'équilibre (147) - pour aider les autres, c'est de pas avoir de problèmes ailleurs qu'à l'hôpital (152) - faut pas trop que j'ai de problèmes (153) - faut que j'arrive à me concentrer sur ce que je fais au travail (155) - je travaille à 90% je peux pas avoir 36'000 choses en dehors (157) <p>Attitudes de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas avoir de préjugés, directement juger les gens 	<p>Avoir de la satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - elle en a gardé finalement des pas trop mauvais souvenirs pis ça m'a fait plaisir (14) - c'était une expérience...assez positive (15) - je l'ai revue 10 ans plus tard donc elle m'a reconnue (13) - elle avait quand même eu des bons moments et des bons souvenirs et des bonnes relations avec le personnel (22) - elle se souvenait de de plein de petites choses personnelles aussi qu'on avait échangé (24) <p>Avoir des ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après c'est dans ma vie courante, le fait que quand je pars d'ici ben j'ai ma vie à l'extérieur, les enfants, mes activités (97) - je parle de mon job à mes amis des fois quand j'en ai un peu gros (99) - avec les collègues aussi souvent on peut, on discute un peu des cas difficiles, ça nous aide pas mal (100) - je pense ce qui est important c'est... pouvoir se ressource à l'extérieur (163) - c'est hyper important parce que même quand on a des ressources c'est pas facile (167) <p>Attitudes de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je me mets pas à sa place, mais presque (38)

	<p>(53)</p> <ul style="list-style-type: none"> - je pense toujours comment que je ferais moi si j'étais à leur place qu'est ce que j'aimerais entendre (87) - je peux très bien me mettre à votre place et pis que je pense que j'aurai peur aussi (94) - en montrant qu'on est sûr de soi et qu'on connaît notre travail et qu'on fait pas mal (255) - bon là moi je peux faire qu'écouter (99) - là je pense que moi je fais qu'écouter 	
Etre à l'écoute du patient	<p>Identifier les besoins et demandes du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je dirais la révolte et la fin. Entre deux difficiles à identifier (107) - an ambulatorio je dirais que le patient y fuit sa maladie (69) - y veut pas discuter de la maladie (69) - je trouve que si y a des patients qui veulent pas discuter je parle de tout et de rien mais en tout cas pas de la maladie (71) <p>Observer le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - essayer déjà de tâter le terrain, dans quel état de stress il est (190) - sans poser des questions directes quoi, euh j'essaie de leur faire parler (201) - j'essaie de cerner d'où y vient le patient, la vie sociale (213) - c'est pour savoir d'où y vient un peu le patient (219) <p>Créer des liens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il faut qu'il ai confiance en nous (58) - je dis mais la seule chose que vous devez faire c'est vous devez faire confiance au Docteur (117) - en montrant qu'on est sûr de soi et qu'on sait ce qu'on fait et qu'on risque pas de se tromper de produit (259) - c'est un malade qui m'a dit tu sens tout de suite, dès qu'il a pas confiance en l'infirmière c'est foutu, tu peux rien faire donc tu peux même pas l'aider psychologiquement (262) - qu'il ait confiance en l'infirmière (264) 	<p>Identifier les besoins et demandes du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je pense qu'inconsciemment j'identifie (57) - je me fais une idée vague par rapport à son état d'esprit au jour même au moment même (57) - quand tu discutes et ben tu vois un petit peu (85) - en lui demandant comment il support ses traitements (150) - en essayant de voir les soucis qu'il a ... à l'extérieur (151) - lancer les bonnes perches, je veux dire lancer les bonnes questions (154) - en posant les questions qui peuvent l'aider à l'extérieur (157) <p>Observer le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tu observes un petit peu leurs attentes face aux traitements, après leur peur face aux effets du traitement (85)

	<ul style="list-style-type: none"> - si le malade n'a pas confiance en toi la première minute, t'es finie tu peux pas le soigner (267) - c'est la confiance que le malade a en toi (268) <p>Différences ou pas entre les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si c'est un terrien ou un intellectuel (214) - s'y lisent beaucoup, s'y se laissent aller (214) 	<p>Différence ou pas entre les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ça dépend tout des contacts que j'ai avec les patients (58) - on a des patients qui veulent pas parler (138)
Difficultés pour une infirmière en oncologie	<p>Gérer le contact avec la mort :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je travaille en ambulatoire maintenant parce que ici je trouve moins difficile tu les vois jamais... quand y vont pas bien tu les vois pas mourir (40) - moi pour finir de voir mourir tous ces gens et bien j'en pouvais plus (42) - je crois que c'est ça le plus difficile c'est de le voir baisser de les voir mourir (45) - si y a des problèmes de santé bon ça je peux rien faire mais... mais je sens que ça c'est difficile (147) - j'ai encore personne eu quelqu'un qui a un cancer dans ma famille, mais je suis pas sûre que j'arrive à supporter (148) <p>Gérer les émotions des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gérer aussi l'agressivité (47) - de gérer l'agressivité des gens sans que prendre sur toi (51) - t'es pas toujours bien euh t'as mal dormi je sais pas quoi (54) - c'est toujours le premier contact quand même chez certaines personnes c'est plus difficile jusqu'à ce qu'il ai confiance en toi (58) <p>Donner des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si ils veulent discuter c'est toujours difficile parce que tu peux pas raconter n'importe quoi (74) - la seule chose qu'on dit c'est (119) - on peut pas vous dire (120) 	<p>Donner des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - moi personnellement je sais qui va pas guérir mais que lui y veut que je lui dise (31) - lui donner de l'espoir quand je sais que finalement y en a pratiquement pas !ça pour moi c'est assez difficile (32) - je peux pas lui dire vu que c'est pas vrai (38) - je peux pas lui dire ce qui veut entendre (39)
Soins techniques et soutien psychologique	<p>Entrer en relation par les soins techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - on discute pas toujours longtemps avec le patient sauf s'y à certains produits qu'on reste à côté (187) - on demande déjà un peu l'histoire de sa vie (189) - on reste à côté alors on essaie de les faire parler de 	<p>Entrer en relation par les soins techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après je lui demande pourquoi il vient par là (46) - en étant pas vraiment au courant, comme ça lui y peut exprimer un petit peu ce qui

	<p>sa vie (194)</p> <p>Intégration de la théorie et des gestes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est naturel enfin je fais comme ça mais j'oublie de dire « tiens c'est de la relation d'aide que je fais » (134) - moi alors au début tu pouvais oublier les problèmes psychologiques (234) - mais au bout de quelques années de toute façon tu vois plus le problème pratique (241) - tu poses tes venflons et tout et après tu ne vois que le problème psychologique (242) - bon mais ça ça vient avec la pratique (261) 	<p>l'amène en ses termes à lui ou à elle (47)</p> <p>Intégration de la théorie et des gestes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est parce qu'une fois ta pratique elle est acquise et pis que tu l'as exercé x fois, tu y penses pas (127) - c'est plus dans la connaissances des gestes, quand t'arrives et pis que tu as préparé tout ton produit et pis que tu as plus qu'à le poser tu peux discuter en même temps (130)
Accompagnement des patients	<p>Outils d'accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des fois j'ai pas l'impression de faire de la relation d'aide mais on met pas toujours des mots sur ce qu'on fait (127) - bases théoriques, j'ai pas (167) - moi j'ai pas de bases théoriques en tout cas pas dans la psychologie (167) - j'ai de la peine à lire un bouquin de psychologie, à prendre des conseils ci et là. (168) - j'ai fait des cours d'oncologie sur le stress de la communication, pour moi ça m'a servie à rien (170) 	<p>Outils d'accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mon expérience professionnelle (94) - c'est vrai que je parle pas aux patients que je soigne maintenant comme je parlais y à 15 ans en arrière (94) - un petit peu quand j'ai fais la formation en oncologie où on a eu quelques bases théoriques (104) - je pense que c'est quand même après au niveau de expérience (122)

